

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon en mr. drs. J.W. Heringa)

Zaaknummer: 202302855

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar is gehouden de vanaf juli 2022 gemaakte kosten van het geneesmiddel Januvia[®] tablet 100 mg te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. De zorgverzekeraar stelt dat verzoeker een combinatie gebruikt van de geneesmiddelen metformine, dapagliflozine (Forxiga[®]), en Januvia[®]. Laatstgenoemd geneesmiddel is een DPP4-remmer. Uit een advies van het Zorginstituut blijkt dat wanneer dapagliflozine in combinatie met een DPP4-remmer wordt voorgeschreven, de DPP4-remmer niet wordt vergoed. Om die reden heeft de zorgverzekeraar op het verzoek om vergoeding van het geneesmiddel Januvia[®] afwijzend beslist.
- 1.2. De commissie overweegt dat de werkzame stof van Januvia[®], sitagliptine, voorkomt op bijlage 2, onderdeel 51, van de Regeling zorgverzekering. Hier zijn de nadere voorwaarden voor vergoeding van sitagliptine beschreven. Het Zorginstituut concludeert dat verzoeker hieraan niet voldoet. Met name staat niet vast dat verzoeker niet kan worden behandeld met metformine en een sulfonylureumderivaat (SUD). Het door hem gebruikte geneesmiddel Forxiga[®] is een SGLT2-remmer, en geen sulfonylureumderivaat. Dit brengt met zich dat de combinatie van de geneesmiddelen Januvia[®] en Forxiga[®] is uitgesloten van vergoeding en dat de zorgverzekeraar niet is gehouden de vanaf juli 2022 gemaakte kosten voor Januvia[®] te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. De commissie volgt het Zorginstituut en wijst het verzoek af.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 22 februari 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 28 februari 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 25 maart 2024 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 26 maart 2024 aan verzoeker gestuurd.

- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben op 9 april 2024 respectievelijk 18 april 2024 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.4. Bij brief van 22 april 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024012461) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is, eveneens op 22 april 2024, aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld op het advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgbewustpolis (natura select) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoeker is sinds 2005 bekend met diabetes mellitus type II waarna de behandeling is gestart met gebruik van metformine. Na diverse verhogingen van de dosering is in 2012 besloten naast metformine het geneesmiddel Januvia® te gaan gebruiken. Toen ook dit niet het gewenste effect had, is hieraan in november 2017 het geneesmiddel Forxiga® toegevoegd. Tot en met eind 2021 werden alle hiervoor genoemde geneesmiddelen door de apotheker rechtstreeks bij de zorgverzekeraar gedeclareerd en door laatstgenoemde vergoed. Vanaf november 2021 declareert de apotheker het geneesmiddel Januvia® echter niet meer rechtstreeks. Eind 2022 heeft verzoeker de zorgverzekeraar verzocht de kosten van het geneesmiddel Januvia® tablet 100 mg te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Bij brief van 1 december 2022 heeft de zorgverzekeraar op dit verzoek afwijzend beslist.
- 3.3. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 16 augustus 2023 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 22 april 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar is gehouden de vanaf juli 2022 gemaakte kosten ter zake van het geneesmiddel Januvia® tablet 100 mg te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. Verzoeker stelt in zijn brief van 15 februari 2023 dat is gebleken dat de combinatie van de geneesmiddelen metformine, Forxiga® en Januvia® bij zijn aandoening het beste werkt. Alleen door gebruik van alle drie de geneesmiddelen samen vallen de HbA1c-waarden binnen de streefwaarden, zoals genoemd in het boek 'Protocollaire Diabeteszorg editie 2022/2023', pagina 48. Dat alle drie de geneesmiddelen van belang zijn blijkt ook uit het feit dat de waarden stijgen als een van de geneesmiddelen niet wordt gebruikt. Nadat begin 2022 het geneesmiddel Januvia® niet meer werd vergoed, is verzoeker gedurende vier maanden (van maart 2022 tot juli 2022) gestopt met het gebruik. Dit resulteerde erin dat de HbA1c-waarde steeg van 55 mmol/mol (op 4 november 2011) naar 83 mmol/mol (op 1 juli 2022). In overleg met de huisarts is besloten in juli 2022 het geneesmiddel Januvia® weer te gaan gebruiken, met als gevolg dat de HbA1c-waarde daalde naar 61 mmol/mol (op 31 oktober 2022). Het voorgaande brengt met zich dat verzoeker de stelling van de zorgverzekeraar niet kan volgen dat het gecombineerde gebruik van Forxiga® en Januvia® geen meerwaarde heeft. Wat verzoeker hierbij met name stoort is dat de zorgverzekeraar niet lijkt te hebben onderzocht wat de consequenties zijn als het geneesmiddel niet wordt vergoed en dat hij alleen heeft gekeken naar de voorwaarden van de zorgverzekering. Verzoeker stelt zich hierbij op het standpunt dat het niet vergoeden van het geneesmiddel Januvia® in zijn situatie naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.

- 4.3. Verzoeker voert verder aan dat hij met zowel zijn huisarts als de apotheker heeft overlegd of er voor het geneesmiddel Januvia® een alternatief beschikbaar is dat wél door de zorgverzekeraar wordt vergoed. Dit bleek er eigenlijk niet te zijn. Het enige alternatief was het geneesmiddel Ozempic®, maar dit wordt alleen voorgeschreven aan mensen met een BMI van 30 of meer. Dit is bij verzoeker niet aan de orde. Daarnaast heeft het geneesmiddel ernstige bijwerkingen en zijn de kosten vele malen hoger dan die van Januvia®. Dit laatste is ook voor de zorgverzekeraar van belang.

Voorts merkt verzoeker op dat de zorgverzekeraar de kosten van Januvia® over de periode van november 2017 tot en met november 2021 zonder problemen heeft vergoed. Na november 2021 is de vergoeding gestaakt, zonder verzoeker daarover te informeren. Pas in maart 2022 kreeg verzoeker van de apotheker te horen dat de kosten niet meer werden vergoed. Door hem niet tijdig te informeren heeft de zorgverzekeraar zijn zorgplicht geschonden.

5. Standpunt zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat geregistreerde geneesmiddelen voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. Voorwaarde hierbij is dat het geneesmiddel is opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). De geneesmiddelen die zijn opgenomen in het GVS zijn geclusterd op bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering of staan apart op bijlage 1B. Voor sommige geneesmiddelen in het GVS gelden extra voorwaarden voor vergoeding. Deze geneesmiddelen worden vermeld op bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Een verzekerde heeft geen recht op geregistreerde medicijnen die de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) niet heeft aangewezen of die de verzekerde gebruikt voor een andere indicatie dan in bijlage 2 is vermeld.
- 5.2. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar verzocht het geneesmiddel Januvia® 100 mg te vergoeden. Dit geneesmiddel is opgenomen op Bijlage 2, hetgeen betekent dat het alleen wordt vergoed als wordt voldaan aan de nadere voorwaarden. Deze luiden als volgt:
"uitsluitend voor een verzekerde met diabetes mellitus type 2 die niet behandeld kan worden met de combinatie van metformine en een sulfonyleureumderivaat, geen insuline gebruikt en dit middel gebruikt als monotherapie of als een tweevoudige of drievoudige behandeling in combinatie met metformine en/of een sulfonyleureumderivaat.
 Daarnaast geldt dat uit een flowchart voor de SGLT2-geneesmiddelen (opgesteld door het Zorginstituut) volgt dat vergoeding mogelijk is voor gebruik in combinatie met alle andere antidiabetica, waaronder GLP1-receptoragonisten, behalve in combinatie met een DPP4-remmer. Als dapagliflozine in combinatie met een DPP4-remmer wordt voorgeschreven, dan wordt de DPP4-remmer niet vergoed. Omdat Januvia® een DPP4-remmer is, en verzoeker dit geneesmiddel gebruikt samen met dapagliflozine, heeft de zorgverzekeraar, op basis van voornoemd advies van het Zorginstituut, besloten vergoeding van de kosten hiervan af te wijzen. Gelet op de precedentwerking ziet de zorgverzekeraar tevens geen aanleiding de kosten uit coulance te vergoeden.
- 5.3. Voor zover verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar zijn zorgplicht heeft geschonden door de kosten van Januvia® ineens niet meer te vergoeden geldt dat de zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt met apotheken. Deze afspraken houden onder meer in dat apotheken zelfstandig mogen beoordelen of sprake is van verzekerde zorg. Uit de administratie van de zorgverzekeraar is gebleken dat de apotheker het geneesmiddel Januvia® voor het laatst op 23 november 2021 rechtstreeks heeft gedeclareerd. Hieruit leidt de zorgverzekeraar af dat de apotheker na deze datum zelf tot het inzicht is gekomen dat verzoeker niet aan de voorwaarden voor vergoeding voldeed. Van schending van de zorgplicht is daarom geen sprake.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 22 april 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Verzoeker gebruikt een combinatie van metformine, Januvia® en Forxiga®.

Uit bijlage 2 van de Rzv volgt dat sitagliptine alleen wordt vergoed als:

- verzekerde diabetes mellitus type 2 heeft en niet behandeld kan worden met metformine en een sulfonyleureumderivaat (SUD);
- verzekerde geen insuline gebruikt;
- en waarbij sitagliptine wordt gebruikt als:
 - 1) monotherapie, of
 - 2) een tweevoudige combinatie (sitagliptine met metformine, of sitagliptine met een SUD), of
 - 3) een drievoudige combinatie (sitagliptine met metformine en een SUD).

Zoals reeds benoemd is Forxiga® een SGLT2-remmer, en geen sulfonyleureumderivaat. De combinatie van Januvia® en Forxiga® is hiermee uitgesloten voor vergoeding. Verzoeker voldoet niet aan de voorwaarden zoals opgenomen in bijlage 2 van de Rzv.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verzoeker geen aanspraak kan maken op vergoeding van Januvia®. Verzoeker gebruikt dit middel niet als monotherapie of als een tweevoudige of drievoudige behandeling in combinatie met metformine en/of een SUD. De combinatie metformine, Januvia® en Forxiga® komt niet voor vergoeding in aanmerking op grond van bijlage 2 van de Rzv.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker voldoet niet aan de voorwaarden voor vergoeding van Januvia® ten laste van de basisverzekering."

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 A.22 van de 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 die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) 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. De commissie stelt vast dat verzoeker lijdt aan diabetes mellitus type 2. Volgens verzoeker is zijn bloedsuikerspiegel onder controle met de drievoudige combinatie van metformine, Januvia® en Forxiga®. Zijn HbA1c-waarden zijn binnen de streefwaarden en hij heeft geen last van bijwerkingen. De zorgverzekeraar heeft van 2017 tot en met november 2021 de kosten van de hiervoor genoemde geneesmiddelen vergoed. Nadien heeft verzoeker vier maanden lang (van maart 2022 tot juli 2022) het geneesmiddel Januvia® niet gebruikt. Het gevolg was een stijging van de HbA1c-spiegel tot boven de streefwaarden. Deze reactie heeft verzoeker doen besluiten met ingang van 1 juli 2022 het geneesmiddel Januvia® weer te gaan gebruiken. Partijen verschillen van mening over het antwoord op de vraag of de zorgverzekeraar is gehouden de kosten van

laatstgenoemd geneesmiddel te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.

- 8.3. De aanspraak op geneesmiddelen is geregeld in artikel B.15. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is gebaseerd op de artikelen 2.8 Bzv en 2.5 Rzv, en de Bijlagen bij de Rzv. De geneesmiddelen die op recept bij de apotheek verkrijgbaar zijn worden extramurale geneesmiddelen genoemd. Een geregistreerd extramuraal geneesmiddel komt voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking als het door de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) is aangewezen. Voor een aantal van deze aangewezen geneesmiddelen gelden aanvullende voorwaarden en deze zijn vermeld in bijlage 2 Rzv. In artikel B.15.1.a van de voorwaarden van de zorgverzekering wordt ook verwezen naar deze bijlage. De werkzame stof van Januvia® is sitagliptine. Sitagliptine is vermeld op Bijlage 2 Rzv, onderdeel 51. Hier zijn ook de nadere voorwaarden genoemd waaronder aanspraak bestaat op dit geneesmiddel ten laste van de zorgverzekering:

"Voorwaarde:

uitsluitend voor een verzekerde met diabetes mellitus type 2 die niet behandeld kan worden met de combinatie van metformine en een sulfonylureumderivaat, geen insuline gebruikt en dit middel gebruikt als monotherapie of als een tweevoudige of drievoudige behandeling in combinatie met metformine en/of een sulfonylureumderivaat."

- 8.4. Het Zorginstituut concludeert in zijn advies van 22 april 2024 dat verzoeker niet voldoet aan de hiervoor genoemde voorwaarden. Met name staat niet vast dat verzoeker niet kan worden behandeld met metformine en een sulfonylureumderivaat (SUD). Het door verzoeker gebruikte geneesmiddel Forxiga® is een SGLT2-remmer, en geen sulfonylureumderivaat. Dit brengt met zich dat de combinatie van de geneesmiddelen Januvia® en Forxiga® is uitgesloten van vergoeding. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en concludeert dat de zorgverzekeraar niet is gehouden de vanaf juli 2022 gemaakte kosten voor Januvia® te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 8.5. De stelling van verzoeker dat de zorgverzekeraar de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden, door vanaf november 2021 zonder tegenbericht met de vergoeding te stoppen, treft geen doel. De zorgplicht - zoals beschreven in artikel 11, eerste lid, Zvw - heeft namelijk alleen betrekking op de verzekerde zorg en andere diensten waaraan de verzekerde behoefte heeft, dat wil zeggen: waarop hij redelijkerwijs is aangewezen. Zoals hiervoor is geconcludeerd voldoet verzoeker niet aan de geldende voorwaarden. Voor zover verzoeker wenst te stellen dat sprake is van gewekt vertrouwen, dat rechtens moet worden gehonoreerd, geldt dat dit niet aan de orde is. Kennelijk heeft de afleverend apotheker met voorbijgaan van de hiervoor beschreven voorwaarde de kosten rechtstreeks gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Dat laatstgenoemde deze declaraties mogelijk zonder verdere controle heeft vergoed, doet voor verzoeker geen aanspraak op vergoeding jegens de zorgverzekeraar ontstaan.
- 8.6. Ten aanzien van de stelling van verzoeker dat het in zijn geval weigeren van vergoeding van Januvia® leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, zodat hierop een uitzondering moet worden gemaakt (artikel 6:248, tweede lid, BW), geldt het volgende. De Hoge Raad heeft in het Bosentan-arrest (ECLI:NL:HR:2014:3679) overwogen dat de dwingendrechtelijke beperking van de dekking tot het verzekerd pakket berust op een uitdrukkelijk gemaakte afweging van de wetgever. Slechts indien sprake is van bijzondere omstandigheden die niet zijn verdisconteerd in de afweging van de wetgever, kan dit aanleiding geven tot een andere uitkomst dan waartoe strikte toepassing van de wet leidt. Dat is het geval indien die niet-verdisconteerde bijzondere omstandigheden die strikte toepassing zozeer in strijd doen zijn met algemene rechtsbeginselen of (ander) ongeschreven recht dat die toepassing achterwege moet blijven. Het laatste kan in het onderhavige geval niet worden aangenomen. De in bijlage 2 Rzv geformuleerde specifieke voorwaarde geeft immers blijk van een uitdrukkelijk

gemaakte afweging van de wetgever. Door verzoeker zijn geen niet-verdisconteerde bijzondere omstandigheden naar voren gebracht die aanleiding geven uit te gaan van het tegendeel.

Slotsom

8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 mei 2024,

A.I.M. van Mierlo

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 beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

den en het plaatsen van tandheelkundige implantaten zoals genoemd in artikel B.14.e., wordt verleend door:

- o een tandarts, of;
- o een kaakchirurg als het gaat om het plaatsen van implantaten.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een tandarts, orthodontist of huisarts als u mondzorg nodig hebt van een kaakchirurg of een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als:

- het gaat om deze zorg door een kaakchirurg:
 - o behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg);
 - o het trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of sedatie;
 - o een kaakoperatie (osteotomie).

Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

- het gaat om verzekeren tot en met 22 jaar voor het vervangen van tanden (met niet-plastische materialen) en het plaatsen van tandheelkundige implantaten. Deze zijn nodig omdat één of meer blijvende snij- of hoektanden niet zijn aangelegd. Of omdat u deze tanden mist als gevolg van een ongeval vóór uw 18e jaar. Dit geldt ook in situaties waarbij:
 - o een tand door een ongeval zodanig breekt dat er alleen nog een klein worteldeel achter blijft. Om de kaakgroei niet te verstoren wordt verwijderen van resterende worteldeel uitgesteld. Dit moet dan later alsnog verwijderd worden omdat er geen prothetische constructie op kan worden geplaatst.
 - o een tand na verlies door een ongeval wordt teruggeplaatst en gefixeerd om de kaakgroei niet te verstoren, terwijl de kans op behoud van de tand klein is.

Uit de behandelhistorie moet blijken dat het ongeval voor het 18e jaar is vastgesteld en het resterende worteldeel of de teruggeplaatste fronttand moet voor het 23e jaar worden verwijderd, direct voorafgaand aan het plaatsen van een implantaat;

- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts of tandprotheticus meer dan € 650,- per kaak bedragen;

- de volledige boven- en/of onderprothese (al dan niet op tandheelkundige implantaten) binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Dit geldt niet voor de tijdelijke volledige gebitsprothese en de uitbreiding gedeeltelijke gebitsprothese van kunstthars of frame gebitsprothese met element(en) tot volledige gebitsprothese.

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

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

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

Tarieven

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

B.15. Medicijnen

B.15.1. Medicijnen algemeen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat (het leveren van en adviseren over) medicijnen (geneesmiddelen) die zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Daarbij gaat het om bijlage 1 en bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: wetten.overheid.nl. (zoek in de titel op 'Regeling zorgverzekering', klik deze regeling vervolgens aan en scroll dan links onder hoofdstuk 8 naar bijlage 1 of 2)

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

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

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

B.15.1.a. Medicijnen

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

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

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

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

Let op!

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

Voorbeeld:

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

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

Voorbeeld van herberekening:

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

- 2022 heeft 365 dagen. 1 Januari tot en met 1 maart 2022 heeft 60 dagen
- € 250,- : 365 = € 0,6849 eigen bijdrage per dag
- € 0,6849 x 60 dagen = € 41,09. Dit bedrag ronden wij af. Uw eigen bijdrage van 1 januari tot en met 1 maart is dus € 41,-.
- U hebt al € 50,- betaald. € 50,- minus € 41,- = € 9,-. U krijgt dus van ons € 9,- terug.

- De zorg omvat niet:
 1. alternatieve (homeopathische en antroposofische) medicijnen;
 2. medicijnen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland;
 3. medicijnen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd medicijn dat niet in het GVS is opgenomen, behalve als bij ministeriële regeling anders is bepaald. Zie artikel B.15.4.;
 4. zelfzorgmedicijnen en intramurale medicijnen, voor zover zij volgens de Regeling zorgverzekering niet onder uw zorgverzekering vallen. Bevochtigende oogdruppels (kunsttranen) zijn opgenomen in artikel B.17.11. van het reglement Hulpmiddelen;
 5. medicijnen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
 6. medicijnen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onder f van de Geneesmiddelenwet;
 7. medicijnen die op een andere manier gefinancierd worden, bijvoorbeeld vanuit een volksverzekering of overheidsfinanciering of die onder een subsidie (regeling) vallen;
 8. een medicijn waarvoor wij geen voorkeur hebben terwijl we voor dat medicijn wel een voorkeursbeleid hanteren. Zie de toelichting op voorkeursmedicijnen in het Reglement Farmacie en onze "Lijst voorkeursmedicijnen";
 9. medicijnen die voor andere indicaties gebruikt worden dan vermeld in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Dit geldt ook als niet aan de extra voorwaarden wordt voldaan. Zie de toelichting in dit artikel onder Voorwaarden, Akkoordverklaring: Nadere voorwaarden;
 10. verzorgingsproducten en cosmetische producten zoals tandpasta's, zepen, desinfectiemiddelen, shampoos, badoliën, balsems,

- lotions, haargroeimiddelen, mondspoelmiddelen, zonnebrandartikelen;
11. bijkomende kosten zoals administratie-, import- en/of verzendkosten;
 12. vitamines en voedingssupplementen;
 13. medicijnen waarbij na falen van de (aan hulp- of verbruiksartikel gerelateerde) toedieningsvorm een beroep gedaan kan worden op fabrieksgarantie of andere tegemoetkomingregelingen;
 14. niet-geregistreerde medicijnen waaronder niet-geregistreerde allergenen. Een apothekerbereiding of een medicijn dat wel geregistreerd is in het buitenland kan onder bepaalde voorwaarden wel voor vergoeding in aanmerking komen;
 15. medicijnen die zijn voorgeschreven door een alternatief arts, of andere zorgverleners die niet in dit artikel worden genoemd.
 16. Esketamine neusspray; dit valt onder artikel B.19.

Let op!

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

B.15.1.b. Leveren van medicijnen en advisering

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

Voor de levering van medicijnen gelden de volgende regels:

- Levering mag uitsluitend aan de verzekerde voor wie het medicijn is bestemd, zijn verzorger, of de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de toediening;
- Als een medicijn voor een langere periode is voorgeschreven, zijn deeleveringen in de vorm van baxterverpakkingen per een, twee of drie weken mogelijk. Dit geldt alleen als daarvoor een aantoonbaar medische noodzaak is. Een baxterverpakking is een medicatiezakje waarin een of meer medicijnen zitten die op een bepaald moment van de dag ingenomen moeten worden. Deze zakjes zitten aan elkaar op een rol.

De bijbehorende advisering omvat ten minste:

- het begeleidingsgesprek bij een nieuw medicijn (1^e uitgifte) of - als u een medicijn langer dan 12 maanden niet gebruikt hebt - een extra begeleiding bij een 2^e uitgifte van een medicijn;
- uitleg als u een medicijn gebruikt waarvoor ook

een hulpmiddel nodig is;

- farmaceutische begeleiding bij poliklinisch bezoek, ziekenhuisopname of -ontslag.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg wordt niet verrekend met het eigen risico als het gaat om:
 - levering en advisering van voorkeursmedicijnen. Onze voorkeursmedicijnen staan op de "Lijst voorkeursmedicijnen" op onze website
 - levering van en advisering over medicijnen of nicotinevervangende middelen als onderdeel van een Stoppen-met-roken (SMR)-programma en als deze zijn voorgeschreven door een gecontracteerde zorgverlener SMR;
- In alle andere situaties wordt de zorg wel verrekend met het eigen risico.

Onder deze zorg valt niet:

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

Voorwaarden

Voorkeursmedicijnen

Binnen een groep onderling vervangbare medicijnen, wijzen wij op basis van de laagste prijs één of meerdere middelen aan als voorkeursmedicijn. We noemen dit artikelpreferentie. U bent dan binnen deze groep alleen verzekerd voor dat voorkeursmedicijn.

Er is altijd minstens één medicijn met de voorgeschreven werkzame stof in de geschikte sterkte en toedieningsweg beschikbaar voor u.

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

We kennen ook de Laagste Prijs Garantie of prijs-

preferentie.

Verdere toelichting over ons voorkeursbeleid vindt u in het Reglement Farmacie, artikel 1.

Zorgverlener

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

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

- de werkzame stof, dosering en toedieningsvorm van het medicijn moet zijn opgenomen in het Nederlandse GVS;
- de vergoeding plaatsvindt volgens de vergoedingslimiet die in Nederland geregeld is (zie Reglement Farmacie in artikel 1.1.);
- de verdere voorwaarden gelden zoals benoemd in dit artikel (B.15.1.).

Medicijnen uit het buitenland

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

Behandelaarsvoorwaarden

Algemeen

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

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

Voor welke periode mag een medicijn worden geleverd?

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

delvoorstel) of recept gelden, zijn:

- 15 dagen of de kleinste handverpakking voor een medicijn dat nieuw voor u is;
- 15 dagen voor een medicijn ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie;
- 30 dagen voor slaapmiddelen (hypnotica) en voor medicijnen die angst en onrust verminderen (anxiolytica);
- maximaal 30 dagen voor medicijnen die zijn opgenomen in de Opiumwet met uitzondering van de ADHD middelen. Hiervoor geldt een maximale aflevertermijn van 3 maanden;
- 3 maanden voor medicijnen voor de behandeling van een chronische ziekte, of tot 12 maanden als wij hierover afspraken hebben gemaakt met de apotheek;
- 12 maanden voor "de pil" (orale anticonceptiemiddelen);
- 1 maand voor medicijnen die per maand meer dan € 1.000,- kosten. Als u na een aaneengesloten periode van 6 maanden goed ingesteld bent, mogen deze dure medicijnen per 3 maanden geleverd worden.

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

Geen herhaalrecept

Voor:

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

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

Akkoordverklaring

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

In ons Reglement Farmacie vindt u in artikel 4 de "Lijst medicijnen met toetsing vooraf". Daarin staan de medicijnen (werkzame bestanddelen) waarvoor wij de beoordeling moeten doen.

Vooraf wordt door ons of door de zorgverlener namens ons, getoetst of u aan de voorwaarden voldoet. De minister kan de lijst in de Regeling zorgverzekering tussentijds aanpassen. Als dat

gebeurt, plaatsen wij een nieuw reglement met de gewijzigde lijst op internet.

Uit het buitenland ingevoerde, niet in Nederland geregistreerde medicijnen

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

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

Tarieven

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

B.15.2. Medicatiebeoordeling bij chronisch medicijngebruik

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

Let op!

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

Voorwaarden

Algemeen

Er wordt voldaan aan de voorwaarden die wij in het Reglement Farmacie in artikel 2. hebben aangegeven.

Zorgverlener

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

Behandelaarsvoorstel

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

Akkoordverklaring

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

Tarieven

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

B.15.3. Zelfzorgmedicijnen en maagzuurremmers

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

Zelfzorgmedicijnen en maagzuurremmers

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

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

Let op!

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

Voorwaarden

Algemeen

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

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, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
 - e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.
3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.
4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.
5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.

In die ministeriële regeling wordt tevens de aanvraagprocedure voor de aanwijzing geregeld, worden regels gesteld met betrekking tot de systematiek van de indeling in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen en worden regels gesteld met betrekking tot de vaststelling van een

vergoedingslimiet voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.

- 6.** In afwijking van het vijfde lid kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat voor bij die regeling aangewezen groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen de vergoedingslimiet kan worden herberekend of buiten werking kan worden gesteld.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.5

1. In bijlage 1 bij deze regeling worden genoemd:
 - a. de op grond van artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
 - b. de op grond van artikel 2.1, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen.
2. In bijlage 2 bij deze regeling worden vermeld:
 - a. categorieën van geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, waarvoor de farmaceutische zorg slechts aflevering van dat geneesmiddel omvat indien voldaan is aan de bij die categorieën vermelde criteria;
 - b. de voorwaarden waaronder en de termijn gedurende welke de farmaceutische zorg, bedoeld in de aanhef van artikel 2.8, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering de geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat.
3. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten behoren slechts tot de farmaceutische zorg indien voldaan is aan onderdeel 1 van bijlage 2 van deze regeling.
4. In bijlage 3, onderdelen A en B, bij deze regeling worden genoemd de geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een beslissing als bedoeld in artikel 2.50, vijfde lid, niet zijn aangewezen, geregistreerde geneesmiddelen ten aanzien waarvan het voornemen tot aanwijzing als bedoeld in artikel 2.50, achtste lid, niet is uitgevoerd en geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een wijziging van bijlage 1 niet meer zijn aangewezen.
5. Farmaceutische zorg, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel b, onder 1°, van het Besluit zorgverzekering, omvat geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan:
 - a. een geregistreerd UR-geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet waarover blijkens bijlage 1 en 3 bij deze regeling geen besluit over de aanwijzing, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering, is genomen;
 - b. een in bijlage 3, onderdeel A, bij deze regeling genoemd niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet, mits aan daarbij vermelde criteria wordt voldaan.

51. Sitagliptine, linagliptine, vildagliptine, saxagliptine en alogliptine

Voorwaarde:

uitsluitend voor een verzekerde met diabetes mellitus type 2 die niet behandeld kan worden met de combinatie van metformine en een sulfonylureumderivaat, geen insuline gebruikt en dit middel gebruikt als monotherapie of als een tweevoudige of drievoudige behandeling in combinatie met metformine en/of een sulfonylureumderivaat.