

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. en DSW
Ziektekostenverzekeringen N.V. beide te Schiedam.
Zaak : Farmaceutische zorg, Toplexil®, verrekening met premie, schadevergoeding
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlage 1 en 2
Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021, art. 6:127 BW
Zaaknummer : 202101854
Zittingsdatum : 12 januari 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A., en
2) DSW Ziektekostenverzekeringen N.V. beide te Schiedam,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 23 september 2021 heeft verzoeker per klachtenformulier de SKGZ op de hoogte gebracht dat hij een klacht heeft tegen de ziektekostenverzekeraar. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker op 4 oktober 2021 meegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Hierna heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) via een chatbericht gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan gevolg gegeven; op 13 oktober 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 november 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie hiervan is op 30 november 2021 aan verzoeker gestuurd, waarna verzoeker op 8 december 2021 en 13 december 2021 op de desbetreffende brief heeft gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.3. Op 24 december 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021047037) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 27 december 2021 aan partijen gestuurd. Verzoeker heeft op 30 december 2021, 31 december 2021, 5 januari 2022, 6 januari 2022, 7 januari 2022 en 11 januari 2022 op het desbetreffende advies gereageerd en de commissie aanvullende informatie doen toekomen. Kopieën van deze reacties zijn aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 januari 2022 gehoord.
- 2.5. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld te reageren op alle na 1 januari 2022 door verzoeker aan de commissie gezonden informatie. Op 14 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie meegedeeld geen aanleiding te zien op de nagekomen stukken te reageren.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken van 30 december 2021, 31 december 2021, 5 januari 2022, 6 januari 2022, 7 januari 2022 en 11 januari 2022 zijn op 17 januari 2022 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 21 januari 2022 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de DSW Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top B (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft last van astmatische bronchitis en gebruikt hiervoor Toplexil® siroop. Nadat verzoeker de ziektekostenverzekeraar had verzocht dit middel te vergoeden, heeft laatstgenoemde hem geantwoord hiertoe niet over te gaan.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 12 februari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brieven van onder meer 5 juli 2021, 4 augustus 2021, 6 september 2021 en 6 oktober 2021 erop gewezen dat hij ter zake van de premies voor de maanden mei tot en met september 2021 maandelijks een bedrag van € 10,- te weinig heeft betaald.
- 3.5. Bij brief van 24 december 2021 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie het volgende verklaard:

"Oxomemazine is niet opgenomen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het Farmacotherapeutisch Kompas staat bovendien dat het gebruik van oxomemazine bij hoesten niet wordt aangeraden, vanwege onvoldoende effectiviteit en sedatieve werking."

Conclusie

Oxomemazine is niet opgenomen in het GVS en komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Verzoeker kan dan ook geen aanspraak maken op vergoeding van oxomemazine ten laste van de basisverzekering."

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is:
 - (i) de kosten van Toplexil® te vergoeden ten laste van de zorgverzekering;
 - (ii) de bestaande betalingsachterstand kwijt te schelden; en
 - (iii) hem een schadevergoeding van € 50.000,- te betalen.
- 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. Dit blijkt uit artikel 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

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

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker stelt dat hij kampt met astmatische bronchitis. Dit is een aandoening die niet vaak voorkomt in Nederland (minder dan 1 op de 150.000). Om de klachten te verminderen gebruikt verzoeker Toplexil® siroop. Dit geneesmiddel zou door de ziektekostenverzekeraar moeten worden vergoed, maar ondanks dat op het recept 'medische noodzaak' staat vermeld, gebeurt dit niet. Een duidelijke uitleg waarom de ziektekostenverzekeraar Toplexil® niet wil vergoeden ontbreekt. Er wordt door de ziektekostenverzekeraar enkel verwezen naar andere organisaties, zoals het Zorginstituut. Wat verzoeker in dat kader niet begrijpt, is dat hij heeft gemerkt dat een andere verzekerde het desbetreffende geneesmiddel wél vergoed heeft gekregen. Daarnaast werden de kosten, in ieder geval tot 10 oktober 2019, door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Omdat de kosten van Toplexil® sindsdien niet meer door de ziektekostenverzekeraar worden vergoed, heeft verzoeker besloten deze in mindering te brengen op de verschuldigde premies. Om die reden betaalt hij maandelijks geen € 151,87, maar € 141,87. Sinds verzoeker maandelijks € 10,- minder betaalt, ontvangt hij van de ziektekostenverzekeraar hiervoor betalingsherinneringen. Zolang de kosten van Toplexil® niet worden vergoed stelt de ziektekostenverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt dat sprake is van een betalingsachterstand. De bestaande betalingsachterstand dient dan ook te worden kwijtscholden. Daarnaast meent verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan hem een schadevergoeding van € 50.000,- te betalen.
- 6.3. Ter zitting is door verzoeker toegelicht dat zijn behandeld arts vindt dat hij Toplexil® moet gebruiken. Om die reden vermeldt de arts ook op het recept 'medische noodzaak'. Ondanks deze vermelding wil de ziektekostenverzekeraar de desbetreffende kosten niet vergoeden. Slechts eenmaal, te weten op 8 oktober 2019, heeft de ziektekostenverzekeraar een klein deel van de kosten vergoed. Wat verzoeker hierbij voornamelijk stoort is dat de ziektekostenverzekeraar de mening van de arts niet serieus neemt.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat het geneesmiddel Toplexil® (werkzame stof oxomemazine) niet is opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) en daarom niet voor verstrekking of vergoeding in aanmerking komt. Over de vergoeding van dit geneesmiddel is al veelvuldig met verzoeker gecorrespondeerd, zelfs door een lid van de Raad van Bestuur. Verder geldt dat verzoeker om een voor de ziektekostenverzekeraar onduidelijke reden al enige tijd niet meer de volledige maandpremie voldoet. Verzoeker moest in 2021 maandelijks € 151,87 betalen, doch betaalde 'maar' € 141,87. Daarnaast worden andere bedragen niet meer (volledig) betaald. Dit heeft ertoe geleid dat naar de stand van 29 november 2021 over de periode van 1 januari 2021 tot en met 26 november 2021 sprake is van een openstaande vordering van € 471,39.
- 6.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het middel Toplexil® niet is opgenomen in het GVS en om die reden niet wordt vergoed. De vraag of sprake is van een medische noodzaak is alleen aan de orde bij geneesmiddelen die wel in het GVS zijn opgenomen. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij heeft nagegaan dat uit het vergoedingenoverzicht volgt

dat het middel niet door hem is vergoed. Op de door verzoeker genoemde datum, 8 oktober 2019, is wel een vergoeding voor andere geneesmiddelen verstrekt.

Verder geldt dat de betalingsachterstand naar de stand van 12 januari 2022 over de periode van 1 januari 2021 tot en met 31 januari 2022 € 344,52 bedraagt. Dit bedrag heeft betrekking op de premie voor de maand januari 2022, twee vorderingen ter zake van het eigen risico (€ 37,50 en € 30,15) en 12 keer € 10,-. De eerder genoemde openstaande premies voor de maanden november en december 2021 zijn, op twee keer € 10,- na, door verzoeker betaald.

Overwegingen commissie

Vergoeding Toplexil®

- 6.6. De aanspraak op geneesmiddelen is geregeld in artikel 2.8 Bzv. Het bepaalde in artikel 34 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. Uit genoemd artikel volgt dat aanspraak bestaat op zowel geregistreerde als niet-geregistreerde geneesmiddelen. De bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen komen voor verstrekking of vergoeding in aanmerking. Dit is geregeld in artikel 2.8, eerste lid, onder a, Bzv. Deze geneesmiddelen zijn vermeld op bijlage 1 en bijlage 2 Rzv.
- 6.7. Toplexil® (werkzame stof oxomemazine) is een geregistreerd geneesmiddel, dat niet door de Minister van VWS is opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) en daarmee niet is aangewezen als een te vergoeden geneesmiddel in de zin van artikel 2.8.1.a Bzv. Nu Toplexil® niet is opgenomen in het GVS, komt dit geneesmiddel niet voor vergoeding in aanmerking, ook niet ingeval van 'medische noodzaak'. Alleen indien een geneesmiddel is opgenomen in het GVS zou, in een voorkomend geval, de 'medische noodzaak' met zich kunnen brengen dat de zorgverzekeraar die een preferentiebeleid voert met betrekking tot een in het GVS opgenomen geneesmiddel, toch het door de arts voorgeschreven, niet preferente geneesmiddel moet verstrekken of vergoeden. Deze situatie doet zich, zoals hiervoor opgemerkt, niet voor nu het middel niet is opgenomen in het GVS en daarom is de verwijzing naar de 'medische noodzaak' in dit geval niet relevant en kan die niet leiden tot een vergoeding op grond van de zorgverzekering. Dat neemt niet weg dat er mogelijk voor verzoeker wel (medische) gronden kunnen zijn om het middel te gebruiken.
- 6.8. Het voorgaande betekent dat Toplexil® niet ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed. Verzoeker heeft aangevoerd dat een andere verzekerde het geneesmiddel wél vergoed heeft gekregen. Aangezien hij deze stelling niet nader heeft onderbouwd kan hem dit niet baten. Verzoeker heeft voorts gesteld dat het geneesmiddel eerder door de ziektekostenverzekeraar is vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft dit weersproken en er is door verzoeker geen onderbouwing geleverd, zodat dit niet vast is komen te staan.

Betalingsachterstand

- 6.9. De ziektekostenverzekeraar heeft een financieel overzicht naar de stand van 29 november 2021 overgelegd. Hieruit blijkt dat door verzoeker met betrekking tot de periode van 1 januari 2021 tot en met 26 november 2021 niet alle verschuldigde bedragen zijn betaald en dat per saldo nog een bedrag openstaat van € 471,39, exclusief rente en incassokosten. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de betalingsachterstand naar de stand van 12 januari 2022 nog € 344,52 bedraagt. Dit bedrag heeft betrekking op de premie voor januari 2022, twee vorderingen ter zake van het eigen risico (€ 37,50 en € 30,15) en 12 keer € 10,- (ter zake van premie over de maanden januari tot en met december 2021). De commissie overweegt dat verzoeker ter zitting heeft erkend dat de door de ziektekostenverzekeraar genoemde bedragen nog niet zijn betaald. Verzoeker voegt hieraan toe dat hij op eigen initiatief € 10,- per maand minder premie heeft betaald. Hij heeft hiertoe besloten omdat de ziektekostenverzekeraar de kosten van Toplexil® niet vergoedt. Met betrekking hiertoe geldt dat de commissie hiervoor tot het oordeel is gekomen dat de beslissing van de ziektekostenverzekeraar om de kosten van Toplexil® niet te vergoeden terecht was. Los van

deze constatering is het verzoeker niet toegestaan eventuele vergoedingen te verrekenen met openstaande premies. Dit blijkt uit artikel 7, vierde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar is gerechtigd een dergelijke bepaling op te nemen, aangezien artikel 6:127 BW (waarin is opgenomen de mogelijkheid om openstaande vorderingen over en weer met elkaar te verrekenen) van regelend recht is, hetgeen betekent dat het partijen is toegestaan hiervan bij overeenkomst af te wijken. Dit laatste is, als gezegd, gebeurd. Gelet hierop oordeelt de commissie dat verzoeker is gehouden het openstaande bedrag van € 344,52, exclusief incassokosten en rente, te voldoen.

Schadevergoeding

6.10. Verzoeker maakt aanspraak op vergoeding van door hem geleden schade ten bedrage van € 50.000,-. Hij heeft zijn vordering ter zake evenwel op geen enkele wijze onderbouwd. Nog afgezien hiervan blijkt uit hetgeen hiervoor is overwogen dat voor toekenning van een schadevergoeding geen enkele grond bestaat.

6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 januari 2022,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 127

1. Wanneer een schuldenaar die de bevoegdheid tot verrekening heeft, aan zijn schuldeiser verklaart dat hij zijn schuld met een vordering verrekent, gaan beide verbintenissen tot hun gemeenschappelijk beloop teniet.
2. Een schuldenaar heeft de bevoegdheid tot verrekening, wanneer hij een prestatie te vorderen heeft die beantwoordt aan zijn schuld jegens dezelfde wederpartij en hij bevoegd is zowel tot betaling van de schuld als tot het afdwingen van de betaling van de vordering.
3. De bevoegdheid tot verrekening bestaat niet ten aanzien van een vordering en een schuld die in van elkaar gescheiden vermogens vallen.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
 - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
 - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
 - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet,
 - 3°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners,
 - 4°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
 - 5°. artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de

- Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;
- c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

2. Farmaceutische zorg omvat geen:

- a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
- b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
- c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.

3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.

4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.

5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.5

1. In bijlage 1 bij deze regeling worden genoemd:

- a. de op grond van artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
- b. de op grond van artikel 2.1, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen.

2. In bijlage 2 bij deze regeling worden vermeld:

- a. categorieën van geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, waarvoor de farmaceutische zorg slechts aflevering van dat geneesmiddel omvat indien voldaan is aan de bij die categorieën vermelde criteria;
- b. de voorwaarden waaronder en de termijn gedurende welke de farmaceutische zorg, bedoeld in de aanhef van artikel 2.8, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering de geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat.

3. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten behoren slechts tot de farmaceutische zorg indien voldaan is aan onderdeel 1 van bijlage 2 van deze regeling.
4. In bijlage 3, onderdelen A en B, bij deze regeling worden genoemd de geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een beslissing als bedoeld in artikel 2.50, vijfde lid, niet zijn aangewezen, geregistreerde geneesmiddelen ten aanzien waarvan het voornemen tot aanwijzing als bedoeld in artikel 2.50, achtste lid, niet is uitgevoerd en geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een wijziging van bijlage 1 niet meer zijn aangewezen.
5. Farmaceutische zorg, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel b, onder 1°, van het Besluit zorgverzekering, omvat geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan:
 - a. een geregistreerd UR-geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet waarover blijkt 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.

ARTIKEL 34 FARMACIE

LID 1 INLEIDING

Wij onderscheiden:

- a. farmaceutische zorg (zie lid 3 van dit artikel);
- b. geneesmiddelen (zie lid 4 tot en met 9 van dit artikel).

Geneesmiddelen zijn onderverdeeld in:

- a. geregistreerde geneesmiddelen (niet zijnde zelfzorggeneesmiddelen, zie lid 5 van dit artikel);
- b. zelfzorggeneesmiddelen (zie lid 6 van dit artikel);
- c. geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt (zie lid 7 van dit artikel);
- d. niet (in Nederland) geregistreerde geneesmiddelen (zie lid 8 van dit artikel);
- e. dieetpreparaten (zie lid 9 van dit artikel).

LID 2 ALGEMENE INFORMATIE

LID 2.1 REGLEMENT FARMACIE

Wij hanteren voor de nadere voorwaarden met betrekking tot de toegang tot farmaceutische zorg een Reglement Farmacie. Het Reglement maakt deel uit van deze polisvoorwaarden. Meer informatie vindt u op onze website.

LID 2.2 GENEESMIDDELEN VERGOEDINGENSYSTEEM (GVS)

De overheid heeft bepaald welke geneesmiddelen onder welke voorwaarden en bij welke medische indicatie voor vergoeding in aanmerking komen. Het GVS regelt de vergoeding van geregistreerde geneesmiddelen. Op deze lijst zijn alle geneesmiddelen geplaatst die zorgverzekeraars kunnen vergoeden. Deze lijst wordt Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemd.

Het GVS is zodanig opgesteld dat voor alle verzekerden geschikte geneesmiddelen beschikbaar zijn zonder dat zij hiervoor zouden moeten bijbetalen. Voor sommige geneesmiddelen in het GVS geldt een eigen bijdrage (zie lid 2.3 van dit artikel). Daarnaast kennen sommige geneesmiddelen extra voorwaarden (zie lid 2.4 van dit artikel).

LID 2.3 EIGEN BIJDRAGE

Het GVS maakt onderscheid tussen geneesmiddelen die onderling vervangbaar zijn (a) en geneesmiddelen die niet onderling vervangbaar zijn (b).

a. *Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen*

Deze geneesmiddelen zijn in groepen verdeeld volgens bepaalde criteria en opgenomen in Bijlage 1a van het GVS. Voor elke groep (cluster) geneesmiddelen heeft de overheid een vergoedingslimiet vastgesteld (de maximale vergoeding die u kunt krijgen). Is het geneesmiddel dat u krijgt voorgeschreven uit die groep duurder, dan betaalt u zelf de kosten boven de vergoedingslimiet als eigen bijdrage. De eigen bijdrage geldt ook voor een magistrale bereiding (apotheekbereiding) van een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage geldt. Per kalenderjaar betaalt u voor deze geneesmiddelen maximaal een eigen bijdrage van € 250,-.

b. *Niet onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen*

Deze geneesmiddelen staan in het GVS in Bijlage 1b en worden volledig vergoed. Hiervoor geldt dus geen eigen bijdrage.

LID 2.4 EXTRA VOORWAARDEN

In Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering is een overzicht van geneesmiddelen opgenomen waarvoor extra voorwaarden gelden die te maken hebben met de aandoening waarvoor het geneesmiddel wordt gebruikt. Ook voor dieetpreparaten zijn in voornoemde Bijlage 2 voorwaarden opgenomen.

In het Reglement Farmacie van DSW staat vermeld bij welke geneesmiddelen van deze Bijlage 2 wij vooraf toetsen of u aan die voorwaarden voldoet. Deze lijst kan tussentijds worden aangepast door wijzigingen in de wet- en regelgeving. De wijzigingen worden geplaatst op onze website.

LID 2.5 MEDISCHE NOODZAAK

Naast merkgeneesmiddelen (*spécialités*) zijn er ook merkloze (generieke) geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, dezelfde sterkte en dezelfde toedieningsvorm. De apotheker zal het goedkoopste merkloze geneesmiddel afleveren, tenzij de apotheker van mening is, dat er op basis van het recept van de voorschrijvend arts een ander generiek geneesmiddel dan wel merkgeneesmiddel moet worden afgeleverd.

Uw apotheker weet dus welk middel hij u kan leveren. Als u zonder dat medische noodzaak is aangetoond, toch het duurdere merkgeneesmiddel of een duurder merkloos geneesmiddel neemt, moet u zelf de kosten van dit geneesmiddel voorschieten. U kunt deze nota bij ons indienen en krijgt u van ons de prijs van het goedkoopste geneesmiddel in het cluster vergoed.

LID 3 FARMACEUTISCHE ZORG

Farmaceutische zorg omvat de terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de onder lid 1 genoemde geneesmiddelen.

LID 3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden de terhandstelling van geneesmiddelen zoals beschreven in lid 4 tot en met 8 van dit artikel.

LID 3.2 ZORG VAN APOTHEKER OF APOTHEEKHOUDEND HUISARTS ZONDER OVEREENKOMST*Vrije tarieven*

Wanneer u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts gaat waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten, dan vergoeden wij de farmaceutische zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 4 ALGEMENE VOORWAARDEN GENEESMIDDELEN*Voorschrift*

De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door de behandelend arts, kaakchirurg, tandarts, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. Bij dieetpreparaten kan de voorschrijver ook een diëtist zijn.

Zorgaanbieder

De geneesmiddelen zijn ter hand gesteld door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

LID 4.1 ZORG VAN APOTHEKER OF APOTHEEKHOUDEND HUISARTS ZONDER OVEREENKOMST*Vrije tarieven*

Wanneer u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts gaat waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten, dan vergoeden wij de geneesmiddelen tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 5 GEREISTREERDE GENEESMIDDELEN BEHALVE ZELFZORGGENEESMIDDELEN**LID 5.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN**

Wij vergoeden de geregistreeerde geneesmiddelen zoals beschreven in lid 2 van dit artikel.

LID 5.2 VOORWAARDEN*Algemeen*

Het gaat om geregistreeerde geneesmiddelen in het GVS.

Machtiging

Voor geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden (zie lid 2.4 van dit artikel) gelden, is een machtiging nodig. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden en het Reglement Farmacie.

LID 5.3 UITSLUITINGEN

Niet vergoed worden:

- a. geneesmiddelen die volgens de Regeling zorgverzekering niet vergoed mogen worden;
- b. maagzuurremmers die u korter dan zes maanden gebruikt;
- c. de eerste uitgifte van maagzuurremmers die u langer dan zes maanden gebruikt;
- d. anticonceptiva voor een verzekerde van 21 jaar en ouder;
- e. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreeerd geneesmiddel dat niet in het GVS zit tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- f. vitaminen, mineralen en paracetamol waarvoor een gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig alternatief bestaat in de vrije verkoop;
- g. homeopathische en antroposofische producten en geneesmiddelen;
- h. voedingssupplementen en niet als geneesmiddel geregistreeerde vitaminen;
- i. geneesmiddelen en inenting en die tot doel hebben een ziekte te voorkomen in verband met een reis;
- j. geneesmiddelen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
- k. geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub f van de Geneesmiddelenwet;
- l. andere kosten (zoals administratie- of verzendkosten).

LID 6 ZELFZORGGENEESMIDDELEN**LID 6.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Onder strikte voorwaarden (zie lid 6.2 van dit artikel) worden alleen die zelfzorggeneesmiddelen vergoed, die behoren tot één van de volgende zes groepen:

- a. laxermiddelen (middelen tegen verstopping in de darmen);
- b. kalktabletten;
- c. geneesmiddelen bij allergie;
- d. geneesmiddelen tegen diarree;
- e. geneesmiddelen om de maag leeg te maken;
- f. kunsttranen.

LID 6.2 VOORWAARDEN*Algemeen*

U gebruikt het zelfzorggeneesmiddel langer dan zes maanden en het is voorgeschreven om een chronische ziekte te behandelen.

Machtiging

De in lid 6.1 van dit artikel genoemde zelfzorggeneesmiddelen zijn geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden gelden en is er een machtiging nodig, zie ook lid 2.4 van dit artikel. Deze voorwaarden worden door de apotheker gecontroleerd. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

LID 6.3 UITSLUITINGEN

U heeft geen recht op vergoeding van de in lid 6.1 van dit artikel genoemde zelfzorggeneesmiddelen tijdens de eerste vijftien dagen dat u het zelfzorggeneesmiddel gebruikt.

LID 7 GENEESMIDDELEN DIE DE APOTHEEK ZELF MAAKT**LID 7.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden geneesmiddelen die door een apotheker in opdracht van een arts op kleine schaal zijn gemaakt (magistrale bereidingen), indien het om rationale farmacotherapie gaat.

LID 7.2 VOORWAARDEN*Algemeen*

Het gaat om rationale farmacotherapie. In het reglement Farmacie vindt u een nadere uitleg over wat rationale farmacotherapie is.

LID 7.3 UITSLUITINGEN

Niet vergoed worden geneesmiddelen die uitwisselbaar zijn met een geregistreerd geneesmiddel waar u geen vergoeding voor zou krijgen, zie lid 2.2 van dit artikel. Deze uitsluiting geldt niet als het uitwisselbare geregistreerde geneesmiddel nog in de aanvraag- en besluitvormingsprocedure zit voor opname in het GVS. Ook kan de minister in de Regeling zorgverzekering apotheekbereidingen opnemen die vergoed worden, als besloten is dat het uitwisselbare geregistreerde geneesmiddel niet opgenomen wordt in het GVS in verband met een ongunstige kosteneffectiviteit en te hoge budgetimpact. Als het geneesmiddel niet in het GVS is opgenomen op basis van een niet aangetoonde effectiviteit of omdat het niet noodzakelijk is het middel ten laste te brengen van het collectief, kan de vergelijkbare apotheekbereiding ook niet voor vergoeding in aanmerking komen.

LID 8 NIET (IN NEDERLAND) GEREISTREERDE GENEESMIDDELEN**LID 8.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden:

- a. geneesmiddelen die niet in Nederland beschikbaar zijn, maar wel in een ander land en die op verzoek van een arts binnen Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt (van die arts) én die een ziekte heeft, die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- b. geneesmiddelen die in de handel worden gebracht naar aanleiding van een bestelling bij de apotheek op initiatief van een arts, die volgens zijn specificaties in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1 lid 1 onder mm van de Geneesmiddelenwet en die bestemd zijn voor gebruik door individuele patiënten van die arts onder zijn toezicht;
- c. geneesmiddelen die niet in Nederland geregistreerd zijn, maar dienen ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning.

LID 8.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om rationale farmacotherapie.

LID 9 DIEETPREPARATEN**LID 9.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden onder bepaalde voorwaarden (polymere, oligomere, monomere en modulaire) dieetpreparaten.

LID 9.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het voorgeschreven dieetpreparaat is genoemd in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Daarnaast is uitsluitend vergoeding mogelijk wanneer u niet uitkomt met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding. Tevens heeft u:

- a. een stofwisselingsstoornis; of
- b. een voedselallergie; of
- c. een resorptiestoornis; of
- d. een ziekte gerelateerde ondervoeding of een risico daarop (gemeten met een officieel vastgesteld meetinstrument); of
- e. dieetpreparaten nodig volgens de in Nederland geldende richtlijnen van de betrokken beroepsgroepen.

De huisarts schrijft het recept uit met daarop het af te leveren middel (zo generiek mogelijk), gebruik (de dagdosis), de hoeveelheid (waaruit de geschatte behandelduur blijkt) en de indicatiecode. Overige voorschrijvers vullen het formulier 'verklaring dieetpreparaten' van DSW in zoals deze is te vinden op onze website, en schrijven daarnaast het recept uit. Degene die het middel aflevert, controleert of u aan de extra voorwaarden voldoet. Voor voeding die door middel van een infuus in de bloedbaan wordt toegediend, heeft u vooraf geen machtiging aan te vragen.