



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. en OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Tilburg

Zaak : Farmaceutische zorg, afbouw sertraline met taperingstrips, rationele farmacotherapie

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

Zaaknummer : 201901421

Zittingsdatum : 8 januari 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

1. Partijen

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

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
- 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 6 september 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 24 oktober 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 25 oktober 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 3 december 2019 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019052883) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 4 december 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 januari 2020 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 14 januari 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 21 januari 2020 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Uitgebreid Vitaal en OHRA Gezond (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster gebruikt al geruime tijd het antidepressivum Sertraline. Zij heeft diverse keren met hulp van haar psychiater getracht het gebruik van dit middel af te bouwen, echter zonder succes. De psychiater heeft daarom voorgesteld het gebruik af te bouwen in heel kleine stapjes met behulp van zogenoemde 'taperingstrips'.
- 3.3. De behandelend psychiater heeft bij brief van 2 april 2019 over verzoekster verklaard:
“Al enige jaren is patiënte (...) bij mij onder behandeling vanwege een recidiverende depressieve stoornis. Zij gebruikt op mijn voorschrift langere tijd Sertraline. Afbouwen hiervan is in het verleden niet succesvol gebleken. We hebben hiertoe enkele pogingen ondernomen en mw blijkt zeer gevoelig voor veranderingen in de dosering van haar medicatie. Daarom heb ik in overleg met patiënte en apotheker gekozen voor afbouw in vier maanden via de methode van taperingstrips. Inmiddels - zo heb ik van patiënte begrepen - heeft u haar bericht dat deze methode niet door uw

verzekering zou worden vergoed omdat het niet werkzaam, effectief en niet het meest economisch is. Daarenboven geeft u aan dat een afbouw binnen acht weken wel wordt vergoed. Patiënte zal echter moeten afbouwen over een langere termijn dan de door u genoemde acht weken: de richtlijn in tabel 3 van afbouwen SSRI's en SNRI s" genoemd biedt dus geen oplossing voor patiënte. Economisch is de door mij voorgeschreven methode zeker voordeliger dan wanneer zij de rest van haar leven het medicijn moet blijven slikken / en wel vergoed zal krijgen. Van patiënte heb ik begrepen dat zij de juridische dienst van haar verzekering (OHRA) zal verzoeken de beslissing te heroverwegen. Door middel van dit schrijven doe ik (...) een klemmend beroep op u haar verzoek - geheel of gedeeltelijk - te honoreren omdat ik de taperingstrips in haar situatie als enige oplossing zie. (...)"

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 21 maart 2019 aan verzoekster meegedeeld dat de aangevraagde taperingstrips niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 17 mei 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 3 december 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:
 "(...) Afbouwen met kleinere tussenstappen dan mogelijk is met geregistreerde doseringen kan in sommige individuele gevallen aangewezen zijn. Er is dan wetenschappelijk bewijs nodig dat de verzekerde niet kan afbouwen met gebruik van geregistreerde doses.

In september 2018 heeft de beroepsgroep (KNMP, NHG, NVvP) in samenwerking met de patiëntenorganisatie MIND een multidisciplinair document ontwikkeld over de afbouw van antidepressiva. Het document voorziet onder meer in afbouwschema's met stapgroottes en voorwaarden voor afbouw. In het geval van eerdere mislukte stoppogingen, zoals bij verzoekster, is het advies om sertraline in een periode van acht weken af te bouwen van 50 mg/dag naar 0 mg/dag (tabel 3). Verweerder geeft aan dat dit afbouwschema voor vergoeding in aanmerking komt. Een afbouwschema waarin sertraline in 4 maanden tijd wordt afgebouwd is niet vermeld in het multidisciplinaire document.

De behandelend psychiater geeft aan dat in een periode korter dan vier maanden afbouwen voor verzoekster niet mogelijk is. Dit wordt verder niet onderbouwd. Daarnaast blijkt de werkzaamheid en effectiviteit van afbouwen van sertraline over een periode van 4 maanden niet uit wetenschappelijke literatuur.

Conclusie

Er kan niet geconcludeerd worden dat sprake is van rationele farmacotherapie. De werkzaamheid en effectiviteit van afbouwen van sertraline over een periode van 4 maanden blijkt niet uit wetenschappelijke literatuur. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering van taperingstrips met sertraline waarmee het gebruik van sertraline in 4 maanden afgebouwd wordt. (...)"

- 3.7. Bij brief van 21 januari 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

*"(...) De commissie heeft verder de volgende vraag gesteld:
 In het voorlopig advies staat: "De behandelend psychiater geeft aan dat in een periode korter dan vier maanden afbouwen voor verzoekster niet mogelijk is. Dit wordt verder niet onderbouwd. " Hoe moet deze zin worden geduid, gelet op de brief van de psychiater van 2 april 2019? Welke informatie is nodig om te komen tot een afdoende onderbouwing?*

De behandelend psychiater heeft in zijn brief van 2 april 2019 niet onderbouwd waarom het op basis van wetenschappelijke literatuur, aannemelijk is dat verzoekster in een periode van minimaal 4 maanden wel succesvol zou kunnen afbouwen en in een kortere periode dan 4 maanden

niet. Het Zorginstituut heeft vervolgens voor dit geschil een literatuursearch uitgevoerd. 1 Er is geen wetenschappelijke literatuur gevonden waarmee de effectiviteit en werkzaamheid van het afbouwschema van verzoekster onderbouwd kan worden. Daarom is geen sprake van rationele farmacotherapie en komen de taperingstrips niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de taperingstrips alsnog te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 A.22. van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

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


Zorgverzekering


6.2. De vraag die als eerste moet worden beantwoord, is of sertraline taperingstrips een geregistreerd geneesmiddel betreft. Indien dit het geval is, dient te worden beoordeeld of het middel onderling vervangbaar is. Een geregistreerd onderling vervangbaar geneesmiddel wordt alleen vergoed, indien het door de Minister van VWS is aangewezen. Geregistreerde niet-onderling vervangbare geneesmiddelen komen in beginsel voor vergoeding in aanmerking.


Als het middel niet is geregistreerd, dient te worden bekeken of sprake is van een zogenoemde 'orphan drug' – dit is een geneesmiddel dat wordt voorgeschreven aan personen die lijden aan een ziekte die in niet vaker voorkomt dan bij één op de 150.000 inwoners – dan wel 'magistrale receptuur', dat wil zeggen een middel dat is bereid door een apotheker. Hierbij geldt als eis dat het dient te gaan om rationele farmacotherapie.


6.3. Taperingstrips met sertraline zijn niet geregistreerd. Ook betreft het geen 'orphan drug'. Er is sprake van 'magistrale receptuur'. Daarom moet worden beoordeeld of is voldaan aan de eis van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor de verzekerde geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor de zorgverzekering en de patiënt. De behandelend psychiater heeft verklaard dat taperingstrips in de situatie van verzoekster rationele farmacotherapie zijn, omdat afbouw op de reguliere wijze voor haar niet effectief is gebleken. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 3 december 2019 geconcludeerd dat geen sprake is van rationele farmacotherapie, en de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. In het definitief advies van 21 januari 2020 heeft het Zorginstituut deze conclusie herhaald. De commissie neemt de conclusie van het Zorginstituut over en maakt deze tot de hare. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op sertraline taperingstrips ten laste van de zorgverzekering.


 **Aanvullende ziektekostenverzekering**

 6.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor sertraline taperingstrips, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.

 6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

 7. Bindend advies

 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 5 februari 2020,

 H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandprotheticus meer dan € 600,- 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 uitneembare volledige gebitsprothese (noodkunstgebit).

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen zorgovereenkomst hebben gesloten, 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. Wij kunnen voor de akkoordverklaring nog aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

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

Plaats

- De specialistische mondzorg zoals genoemd in artikel B.14.a. vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg;
- De mondzorg met betrekking tot de uitneembare volledige prothese zoals genoemd in artikel B.14.b. vindt plaats in een tandartspraktijk, centrum voor mondzorg, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of in een praktijk van een tandprotheticus.

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 internetsite van de overheid: www.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 voorkeursgeneesmiddelen kunt u vinden op onze internetsite 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 www.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, effectief en het meest economisch is.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- 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 ver-

rekend met uw eigen risico. Als u het medicijn vaker nodig hebt (en u geen andere medicijnen met een eigen bijdrage gebruikt), hebt u in totaal maximaal 10x deze eigen bijdrage: 10x € 25,- = € 250,-. Na 10x in dat jaar 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.

- 2019 heeft 365 dagen. 1 Januari tot en met 1 maart 2019 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 zit;
 4. zelfzorggeneesmiddelen en intramurale geneesmiddelen, voor zover zij volgens de Regeling zorgverzekering niet onder uw zorgverzekering vallen;
 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. medicijnen waarvoor wij geen voorkeur hebben. Zie de toelichting op voorkeursgeneesmiddelen in het Reglement Farmacie

- en onze "Lijst voorkeursgeneesmiddelen";
- 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 en Vichy producten;
- 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;
- 15. medicijnen die zijn voorgeschreven door een alternatief arts, of andere zorgverleners die niet in dit artikel worden genoemd.

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 die hoort bij het ter handstellen, zoals apothekers die plagen te bieden.

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 deellieferingen per week mogelijk. Dit geldt alleen als daarvoor een medische noodzaak is en niemand het medicijnbeheer van u kan overnemen.

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, opname of -ontslag;

Meer informatie over advisering vindt u in het Reglement Farmacie op onze internetsite.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.

Onder deze zorg valt niet:

- voorlichting en advies bij:
 - zelfzorggeneesmiddelen (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 apotheekhoudend 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 spoedeisende situatie.

Voorwaarden

Voorkeursgeneesmiddelen

Binnen de groep onderling vervangbare geneesmiddelen, wijzen wij op basis van de laagste prijs één of meerdere middelen aan als voorkeursgeneesmiddel. U bent dan binnen deze groep alleen verzekerd voor dat voorkeursgeneesmiddel.

Er is altijd minstens één medicijn met de voorgeschreven werkzame stof in de gewenste sterkte en toedieningsweg beschikbaar voor u. Zie voor verdere toelichting het Reglement Farmacie, hoofdstuk 2.3.

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

Voor medicijnen die niet op de Lijst voorkeursgeneesmiddelen staan, vergoeden wij de laagste marktprijs die op dat moment geldt binnen een groep onderling vervangbare geneesmiddelen (wij noemen dit de Laagste Prijs Garantie of Prijspreferentie).

Zorgverlener

De medicijnen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheek-

houdend 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 hoofdstuk 3);
- 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 geneesmiddel, 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.

Behandelvoorstel

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 vindt u op www.wetten.overheid.nl op de titel 'beroepen individuele gezondheidszorg' en artikel 36.

Wij kunnen aanvullende voorwaarden stellen aan de soort voorschrijver.

Toelichting:

Zowel de physician assistant als de verpleegkundig specialist heeft een specifiek deskundigheidsgebied. Binnen dit gebied mogen de physician assistant en/of verpleegkundig specialist zelfstandig UR-(uitsluitend recept) medicijnen voorschrijven. De physician assistant wordt opgeleid binnen geneeskundige deelgebieden zoals anesthesiologie, cardiologie, orthopedie etc. Hij/zij mag slechts UR-medicijnen voorschrijven die binnen dit deelgebied gebruikelijk zijn. De verpleegkundig specialist wordt opgeleid binnen een specifiek specialisme. In de dagelijkse praktijk baseren de physician assistant en verpleegkundig specialist het handelen op de geldende richtlijnen en daarvan afgeleide protocollen die van toepassing zijn binnen het desbetreffende deelgebied of specialisme. De physician assistant en/of verpleegkundig specialist legt in overleg met de arts (of binnen het samenwerkingsverband) vast welke UR-

medicijnen binnen de reikwijdte van de voorschrijfbevoegdheid vallen en in welke situatie.

Voor welke periode mag een medicijn worden geleverd?

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

net-site van de overheid: www.wetten.overheid.nl.

In ons Reglement Farmacie vindt u de "Lijst geneesmiddelen met toetsing vooraf". Daarin kunt u per medicijn (werkzaam bestanddeel) zien wat nodig is voor de toetsing en wie de controle uitvoert.

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.

Plaats

De medicijnen zijn geleverd in de praktijk van een apotheekhoudend huisarts of in een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woon- of verblijfadres.

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.

- De zorg valt onder het eigen risico.

Voorwaarden

Algemeen

Er wordt voldaan aan de voorwaarden die wij in het Reglement Farmacie in artikel 1.6. hebben aangegeven.

Zorgverlener

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

Behandelvoorstel

Een apotheker, (apotheehouder) huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, 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.

Plaats

De zorg wordt geleverd in de praktijk van een apotheehouder huisarts of in een door de overheid erkende (ziekenhuis)apothek of op uw woon- of verblijfadres.

B.15.3. Zelfzorggeneesmiddelen 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.

Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers

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

- laxeremiddelen;
- kalktabletten;
- 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.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- De zorg omvat niet de (zelfzorg)geneesmiddelen en maagzuurremmers die u tijdens de eerste 15 dagen gebruikt.

Voorwaarden

Algemeen

- Bij (zelfzorg)geneesmiddelen gelden de voorwaarden genoemd in artikel B.15.1.;
- Het (zelfzorg)geneesmiddel 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)geneesmiddel langer dan 6 maanden gaat gebruiken om een chronische ziekte te behandelen. De voorschrijver geeft op het recept aan dat hij het middel voorschrijft voor chronisch gebruik.

Behandelvoorstel

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant heeft vastgesteld dat de (zelfzorg)geneesmiddelen medisch noodzakelijk zijn voor chronisch gebruik.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring kan nodig zijn omdat zelfzorg)geneesmiddelen en maagzuurremmers middelen zijn waarvoor extra voorwaarden gelden. Zie artikel B.15.1. onder Akkoordverklaring. Wij kunnen hierbij aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

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

B.15.4. medicijnen die de apotheek zelf maakt

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat medicijnen die door of in opdracht van een apotheker op kleine schaal zijn gemaakt (magistrale bereidingen).

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Uitgesloten zijn magistrale bereidingen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan medicijnen die geregistreerd zijn.
- Een wettelijke eigen bijdrage is van toepassing

als de magistrale bereiding een medicijn bevat met een wettelijke eigen bijdrage.

Voorwaarden

Algemeen

- Bij medicijnen gelden de voorwaarden genoemd in artikel B.15.1.
- Het gaat om rationele farmacotherapie. Zie artikel B.15.1.a. "Medicijnen".
- Voor sommige bereidingen hebben wij aanvullende informatie nodig om te beoordelen of het gaat om rationele farmacotherapie. Meer hierover kunt u lezen in artikel 3 "Vergoeding van niet-geregistreerde medicijnen" van het Reglement Farmacie.
- De bereiding komt niet overeen met warenwetproducten.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) kan nodig zijn. Zie hiervoor artikel 3 "Vergoeding van niet-geregistreerde medicijnen" van het Reglement Farmacie.

Tarieven

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

B.16. Dieetpreparaten

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat levering van (polymere, oligomere, monomere en modulaire) dieetpreparaten die als drink- en/of sondevoeding gebruikt worden.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
 - voedingssupplementen en vitaminepreparaten die zonder recept verkrijgbaar zijn;
 - afslankproducten, ook niet als zij als dieetpreparaat geregistreerd zijn;
 - aangepaste voeding zoals lactosevrije kaas, glutenvrij brood, geiten- of paardenmelk en dergelijke;
 - voeding die via de bloedbaan wordt toegediend; deze wordt vergoed uit artikel B.15.1.

Voorwaarden

Algemeen

Voor dieetpreparaten gelden de volgende voorwaarden:

- Het dieetpreparaat dat aan u is voorgeschreven, is geregistreerd als dieetpreparaat en als

zodanig opgenomen in de G-standaard van de Z-index (het landelijke geneesmiddelenbestand);

- Er wordt voldaan aan de voorwaarden voor dieetpreparaten die zijn omschreven in de Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering (zie ook artikel B.15.1. onder Akkoordverklaring, nadere voorwaarden.):
 - U kunt niet uitkomen met aangepaste normale voeding;
 - U kunt niet uitkomen met andere producten van bijzondere voeding en u lijdt aan een stofwisselingsstoornis en/of aan een voedselallergie en/of aan een resorptiestoornis en/of aan een ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop (gemeten met een officieel vastgestelde methode);
 - U bent aangewezen op dieetpreparaten volgens de in Nederland geldende richtlijnen van de betreffende beroepsgroep.

De Regeling zorgverzekering is te vinden op de internetsite van de overheid: www.wetten.overheid.nl.

Behandelaarsvoorstel

Een jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist of een diëtist heeft vastgesteld dat de dieetpreparaten medisch noodzakelijk zijn.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig in de vorm van een artsenverklaring. De zorgverlener die u het dieetpreparaat voorschrijft, vult de landelijke artsenverklaring in. Wij, of een zorgverlener waar wij een overeenkomst mee hebben, toetsen/toetst vooraf aan de hand van deze verklaring of het recept of u aan de voorwaarden voldoet. Wij kunnen voor die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

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

Plaats

De dieetpreparaten zijn geleverd op uw woonadres of op een andere geschikte locatie die u met de zorgverlener afspreekt.

B.17. Hulpmiddelen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

B.17.1. Algemeen

De zorg omvat verstrekking, in eigendom of bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen. Ook de instructie en begeleiding bij het gebruik ervan. Functionerend

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 op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet, of
 - 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 op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, 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;
 - 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 e, 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.