

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen CZ Zorgverzekeringen N.V te Tilburg en OWM CZ groep U.A. te Tilburg

Zaak : Farmaceutische zorg, preferentiebeleid, Losec MUPS® tablet MSR 20 mg, Cozaar® tablet filmomhuld 50 mg, Duspatal® Retard capsule MGA 200 mg

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021, art. 6:248 BW, art. 150 Rv

Zaaknummer : 202101914

Zittingsdatum : 27 juli 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij ongedateerd schrijven, ontvangen op 25 januari 2022, heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen. Verzoekster heeft hieraan voldaan. Op 11 februari 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 19 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 22 april 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 16 mei 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022016824) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Hierbij is de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten uitvoeren. De commissie heeft besloten dit advies te volgen. Een kopie van het voorlopig advies van het Zorginstituut is op 17 mei 2022 aan partijen gestuurd. Hierbij heeft de commissie verzoekster verzocht aanvullende informatie van de voorschrijver / behandelend arts over de medische noodzaak aan te leveren. Op 3 juni 2022 heeft verzoekster per e-mail nadere stukken aan de commissie gezonden. Een kopie van dit e-mailbericht is op 7 juni 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij hem de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft de ziektekostenverzekeraar geen gebruik gemaakt.
- 2.4. Bij brief van 20 juni 2022 heeft de commissie kopieën van het e-mailbericht en de nadere stukken van verzoekster van 3 juni 2022 aan het Zorginstituut gestuurd, met de vraag of deze informatie voldoende is om een inhoudelijk advies te geven. Bij brief van 22 juni 2022 heeft het Zorginstituut een aanvullend advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is op 23 juni 2022 aan partijen gezonden, waarna de ziektekostenverzekeraar bij brief van 28 juni 2022 heeft gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.
- 2.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 juli 2022 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting alsmede een kopie van de reactie van de ziektekostenverzekeraar van 28 juni 2022 zijn op 1 augustus 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 22 juni 2022 aanpassing

behoeft. Bij brief van 2 augustus 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgkeuzepolis (restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Bij brief van 13 juli 2021 heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar haar onvrede geuit over het door deze gevoerde preferentiebeleid.
- 3.3. Nadat de ziektekostenverzekeraar op de klacht had gereageerd, heeft verzoekster bij brief van 18 augustus 2021 verzocht om heroverweging van het ingenomen standpunt. Bij e-mailbericht van 26 augustus 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld het ingenomen standpunt te handhaven. Bij brief van 8 september 2021 volgde een tweede verzoek tot heroverweging. Ook dit heeft niet geleid tot een wijziging van het standpunt van de ziektekostenverzekeraar, zoals blijkt uit de reactie van 14 september 2021.
- 3.4. Bij brief van 16 mei 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn voorlopig advies aan de commissie, het volgende verklaard:

"Aanspraak Losec MUPS®, Cozaar® en Duspatal Retard®

Losec MUPS® is een merkgeneesmiddel met de werkzame stof omeprazol, Cozaar® is een merkgeneesmiddel met de werkzame stof losartan en Duspatal Retard® is een merkgeneesmiddel met de werkzame stof mebeverine. Generieke alternatieven met dezelfde werkzame stof, hoeveelheid, toedieningsvorm en met eenzelfde mate en snelheid van absorptie zouden eenzelfde effect moeten hebben. Gebruikte hulpstoffen kunnen mogelijk afwijken tussen de geneesmiddelen onderling.

In het dossier is geen verklaring van een arts of apotheker aanwezig die een medische noodzaak voor de bovengenoemde geneesmiddelen onderbouwt. Het is onduidelijk waarom het onverantwoord is voor verzoekster om de generieke geneesmiddelen te gebruiken. Daarnaast is niet bekend of verzoekster de preferente, generieke geneesmiddelen met losartan en mebeverine heeft uitgetest en of er een verschil bestaat in hulpstoffen met de merkgeneesmiddelen. Van de generieke omeprazol wordt aangegeven dat deze is getest, maar dat deze 'niet werkte'. Het is onbekend welke klachten er optraden en of dit gerelateerd was aan de medicatie. Op basis van deze beperkte gegevens kan niet worden beoordeeld of er sprake is van een medische noodzaak voor de verschillende geneesmiddelen.

Vraag SKGZ

SKGZ heeft het Zorginstituut gevraagd of mebeverine uit de 'Lijst Voorkeursgeneesmiddelen' op één lijn te stellen is met mebeverinehydrochloride (Duspatal Retard capsule MGA 200 mg).

Duspatal Retard® en de generieke varianten bevatten allemaal de werkzame stof mebeverine. In al deze preparaten is mebeverine echter aanwezig in de zoutvorm, namelijk mebeverinehydrochloride. Mebeverine uit de 'Lijst Voorkeursgeneesmiddelen' van verweerder is dus op één lijn te stellen met mebeverinehydrochloride. Op deze lijst is namelijk voor geen enkel geneesmiddel gespecificeerd welke (zout)-vorm van de werkzame stof in het preparaat zit.

Nader onderzoek

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet beoordeeld worden of sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van Losec MUPS®, Cozaar® en Duspatal Retard®. Om de aanspraak op de vergoeding van Losec MUPS®, Cozaar® en Duspatal Retard® te kunnen

beoordelen is informatie over de medische noodzaak van een voorschrijvend/behandelend arts nodig.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert om nader onderzoek te laten uitvoeren met inachtneming van het bovenstaande."

- 3.5. Het Zorginstituut heeft bij brief van 22 juni 2022, in reactie op de door verzoekster aangeleverde aanvullende informatie en in aanvulling op het advies van 16 mei 2022, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"Losec MUPS® is een merkgeneesmiddel met de werkzame stof omeprazol, Cozaar® is een merkgeneesmiddel met de werkzame stof losartan en Duspatal Retard® is een merkgeneesmiddel met de werkzame stof mebeverine.

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

Generieke alternatieven met dezelfde werkzame stof, hoeveelheid, toedieningsvorm en met eenzelfde mate en snelheid van absorptie zouden eenzelfde effect moeten hebben. Gebruikte hulpstoffen kunnen mogelijk afwijken tussen de geneesmiddelen onderling. De huisarts verklaart dat medicatie vaak proefondervindelijk is geprobeerd, maar het is niet bekend of de preferente, generieke geneesmiddelen met losartan en mebeverine zijn uitgeprobeerd en of er een verschil bestaat in hulpstoffen met de merkgeneesmiddelen. Daarnaast zijn de klachten van verzoekster of eventuele bijwerkingen niet gespecificeerd door de huisarts.

Over de generieke omeprazol wordt aangegeven dat deze is geprobeerd, maar dat deze 'niet werkte'. Dit wordt bevestigd door de huisarts. Het is onwaarschijnlijk dat substitutie van Losec MUPS® naar een gelijkwaardig generiek leidt tot een verandering in effectiviteit. In de leidraad 'Verantwoord wisselen medicijnen' is opgenomen dat een 'verminderde werking' een patiëntgebonden factor kan zijn waardoor wisselen mogelijk kan leiden tot klinische gevolgen. Er is echter niet onderbouwd waarom een gelijkwaardig generiek van Losec MUPS® bij verzoekster 'niet werkt'. Het is niet beschreven welke klachten er ontstaan en waarom het waarschijnlijk is dat de klachten gerelateerd zijn aan de wisseling van het merkgeneesmiddel naar het generieke geneesmiddel. Het is niet uitgesloten dat de 'verminderde werking' bijvoorbeeld komt door een verandering in therapietrouw, verkeerd gebruik of externe factoren, zoals een verandering in eetpatroon.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat er sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van Losec MUPS® 20 mg, Cozaar® 50 mg en Duspatal Retard® 200 mg. Farmacologisch gezien is het niet onverantwoord voor verzoekster om de preferente geneesmiddelen te gebruiken.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Farmacologisch gezien is er geen sprake van een medische noodzaak voor het gebruik van Losec MUPS® 20 mg, Cozaar® 50 mg en Duspatal Retard® 200 mg."

4. **Het geschil**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de geneesmiddelen Losec MUPS® tablet MSR 20 mg, Cozaar® tablet filmomhuld 50 mg en Duspatal Retard® capsule MGA 200 mg alsnog volledig moet vergoeden, althans moet vergoeden tot het bedrag dat geldt als vergoeding voor de desbetreffende voorkeursgeneesmiddelen.

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 A.22 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 geneesmiddelen alsmede artikel 6:248 van het Burgerlijk Wetboek (BW) en artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) 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.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster vordert primair volledige vergoeding van de door haar gebruikte niet-preferente geneesmiddelen. In dat verband stelt zij dat het preferentiebeleid geen wettelijke basis heeft. Dat de patiënt wordt benadeeld door geheime prijsafspraken tussen de ziektekostenverzekeraar en de farmaceutische industrie is volgens haar niet toegestaan. De ziektekostenverzekeraar stelt in te kopen tegen de beste prijs, maar hij bedoelt daarmee de laagste prijs. Het goedkoopste product hoeft niet altijd het beste te zijn voor de individuele patiënt. Met name in combinatie met andere middelen kan een geneesmiddel minder goed of niet werken. Verzoekster gebruikt plastabletten, en zij heeft ervaren dat het voorkeursgeneesmiddel omeprazol niet goed werkte. Zij gebruikte dit geneesmiddel gedurende drie weken in plaats van Losec MUPS® tablet MST 20 mg. Verzoekster vordert subsidiair een vergoeding ter hoogte van het bedrag dat wordt vergoed voor de desbetreffende voorkeursgeneesmiddelen. Door helemaal niets te vergoeden, is sprake van ongelijke behandeling. Andere verzekerden betalen immers dezelfde premie, en zij krijgen in deze situatie ten minste de kosten van het voorkeursgeneesmiddel vergoed. Verzoekster tekent hierbij aan dat zij een restitutiepolis heeft. Zij wijst er voorts op dat sprake is van een eigen risico van € 385,-, een eigen bijdrage voor geneesmiddelen van maximaal € 250,- en kosten van geneesmiddelen die nu voor haar rekening blijven. Zij acht dit onaanvaardbaar. De ziektekostenverzekeraar stelt weliswaar dat de arts voorschrijft en de apotheker beoordeelt, maar in de praktijk blijkt maatwerk niet mogelijk.
- 6.3. Verzoekster heeft ter zitting ter aanvulling aangevoerd dat uit het arrest van de Hoge Raad van 9 juli 2021 volgt dat de voorschrijver moet bepalen of een medisch noodzaak aanwezig is. Als deze aanwezig is moet de ziektekostenverzekeraar dit volgen. Een onderbouwing van deze noodzaak is niet vereist en bovendien wil verzoekster haar voorschrijver hier ook niet mee belasten. In de situatie van verzoekster heeft de voorschrijver een medische noodzaak vastgesteld. Op basis hiervan dient de apotheek aan haar het merkgeneesmiddel ter hand te stellen.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar acht zich niet tot enige vergoeding gehouden. Hij licht toe dat hij een preferentiebeleid voert, waarbij geneesmiddelen worden ingekocht tegen de beste prijs. Verzekerden hebben aanspraak op de aangewezen voorkeursgeneesmiddelen. De kosten hiervan vallen onder de dekking van de zorgverzekering, waarbij het type polis niet uitmaakt. Ook een restitutiepolis geeft geen recht op vrije medicijnkeuze. Uitsluitend de voorkeursgeneesmiddelen worden vergoed, en de kosten hiervan tellen niet mee voor het eigen risico. Anders is dit voor de kosten van de dienstverlening door de apotheek. Niet-preferente geneesmiddelen worden als niet doelmatig aangemerkt.
- Een uitzondering is mogelijk als het gebruik van een voorkeursgeneesmiddel medisch niet verantwoord is. De voorschrijver kan dit vermelden op het recept, waarna de apotheker de medische noodzaak beoordeelt. Deze moet kunnen worden onderbouwd.
- De ziektekostenverzekeraar verwijst naar de verzekeringsvoorwaarden en het Reglement Farmacie, waarin een en ander is geregeld.
- Voorts verwijst de ziektekostenverzekeraar naar de 'Leidraad Verantwoord Wisselen Medicijnen'. Hierin is invulling gegeven aan het begrip 'medische noodzaak' in de zin van artikel 2.8, vierde lid, Bzv. Met betrekking tot de geneesmiddelen Losec MUPS® 20 mg, Cozaar® 50 mg en Duspatal Retard® 200 mg geldt dat deze zijn ingedeeld in de in de Leidraad beschreven groene categorie en dat het uitgangspunt is dat wisselen verantwoord is, tenzij individueel patiëntgebonden factoren een wisseling niet of slecht mogelijk maken. De ziektekostenverzekeraar meent dat het aan de voorschrijver is om te onderbouwen dat het wisselen naar een ander geneesmiddel medisch niet verantwoord is op grond van individueel patiëntgebonden factoren. Uit de brief van 25 mei 2022 valt niet concreet en/of objectiveerbaar op te maken welke generieke geneesmiddelen de oorzaak zijn geweest van welke klachten. Dit maakt het bijzonder lastig, zo niet onmogelijk om concreet hierop te reageren. Afgaand op de samenstelling van Losec MUPS®, Cozaar® en Duspatal Retard® ten opzichte van hun generieke tegenhangers zijn er geen verschillen die de klachten logisch kunnen verklaren.
- De conclusie van de ziektekostenverzekeraar is dan ook dat geen sprake is van een (deugdelijk gemotiveerde) medische noodzaak. Dit brengt met zich dat de merkgeneesmiddelen Losec MUPS® 20 mg, Cozaar® 50 mg en Duspatal Retard® 200 mg niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 6.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar nader toegelicht dat de 'Leidraad Verantwoord Wisselen Medicijnen' inspeelt op het door de Hoge Raad gewezen arrest. Uit deze leidraad volgt dat de voorschrijver meer moet stellen dan alleen dat een medische noodzaak aanwezig is. Enige onderbouwing hiervan is vereist. In de situatie van verzoekster is er de enkele verklaring van de voorschrijver dat een medische noodzaak aanwezig is. Onduidelijk is voor welk middel of middelen een medische noodzaak bestaat.

Overwegingen commissie

- 6.6. Een verzekeraar mag op grond van artikel 2.8, eerste lid, onder a, in verband met artikel 2.8, derde lid, Bzv een zogeheten preferentiebeleid voeren. Voert de verzekeraar een dergelijk beleid, dan vormt dit een wezenlijk onderdeel van de overeenkomst van zorgverzekering. In het kader van de transparantie moet daarom, bij het aangaan of de verlenging van deze overeenkomst, het bestaan van een dergelijk beleid via de verzekeringsvoorwaarden kenbaar worden gemaakt. Tevens moeten kenbaar worden gemaakt de consequenties van dit beleid voor de verzekerde, met name door publicatie van een lijst met door de verzekeraar als preferent aangewezen geneesmiddelen. Elke wijziging hierin lopende een verzekeringsjaar moet tijdig aan de verzekeringnemer worden medegedeeld, een en ander overeenkomstig artikel 19 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) van de Nederlandse Zorgautoriteit.

- 6.7. Een verzekeraar kan het preferentiebeleid, mede tegen de achtergrond van de Nota van Toelichting bij artikel 2.8 Bzv, op geen andere wijze vormgeven dan zoals nader uitgewerkt in artikel 2.8 Bzv. In dit verband moet de verzekeraar een bewuste keuze maken, waarbij hij door de minister aangewezen geregistreerde onderling vervangbare geneesmiddelen mag uitsluiten van verstrekking of vergoeding, mits hij van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste één geneesmiddel aanwijst (het 'preferente geneesmiddel') dat voor de verzekerde beschikbaar is.
Bij het maken van zijn keuze moet de verzekeraar zorgvuldig te werk gaan en rekening houden met de belangen van al zijn verzekerden (zie ook gerechtshof Arnhem-Leeuwarden van 26 april 2022 (ECLI:NL:GHARL:2022:3265). In dat verband kan het nodig zijn binnen een groep geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof meer dan één preferent geneesmiddel aan te wijzen om te voorkomen dat een substantiële groep verzekerden buiten de boot valt. Een verzekeraar kan daartoe echter ook om andere redenen besluiten.
Eventuele afspraken tussen een verzekeraar en een apotheek over de terhandstelling van de goedkoopste variant van een geneesmiddel vallen buiten het preferentiebeleid, zoals hiervoor beschreven. Dergelijke afspraken kunnen een verzekerde dan ook niet worden tegengeworpen, zelfs niet als hiernaar wordt verwezen in de verzekeringsvoorwaarden. Zodanige afspraken vormen immers een feitelijke beperking van de uit het Bzv en de Rzv voortvloeiende aanspraak op geneesmiddelen.
- 6.8. Indien de verzekeraar een preferent geneesmiddel heeft aangewezen, dan geldt - als hoofdregel - dat de apotheek dit middel aan de verzekerde ter hand stelt. Hierop wordt alleen een uitzondering gemaakt als de behandeling met het preferente geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is. In dat geval, zo blijkt ook uit het arrest van de Hoge Raad van 9 juli 2021 (ECLI:NL:HR:2021:1111), heeft de verzekerde op grond van artikel 2.8, vierde lid, Bzv aanspraak op verstrekking van het aan hem voorgeschreven geneesmiddel zonder dat hij eerst nog het preferente geneesmiddel moet proberen.
- 6.9. Behandeling met het preferente geneesmiddel kan medisch niet verantwoord zijn, indien een allergie of overgevoeligheid voor een bepaalde vul- of hulpstof is vastgesteld dan wel als het wisselen van geneesmiddel voor betrokkene een risico oplevert, vanwege onder meer therapietrouw. De Leidraad Verantwoord Wisselen Medicijnen biedt hiervoor handvatten. Het is aan degene die het recept afgeeft (de 'voorschrijver') om gemotiveerd aan te geven dat de behandeling met het preferente geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is. Is de apotheker hiervan niet overtuigd, dan dient deze contact te zoeken met de voorschrijver. Indien dit niet tot overeenstemming leidt, dan ligt het op de weg van de apotheker om farmacologisch te onderbouwen waarom het gebruik van het preferente geneesmiddel door de verzekerde volgens hem niet medisch onverantwoord is.
- 6.10. Indien de verzekeraar voor een bepaalde werkzame stof meer dan één geneesmiddel als preferent heeft aangewezen, dan kan hij van de verzekerde in redelijkheid vergen dat deze, in geval van een allergie of overgevoeligheid voor een bepaalde vul- of hulpstof, eerst één of meer andere preferente geneesmiddelen probeert die de desbetreffende stof niet bevatten, alvorens aanspraak te kunnen maken op het voorgeschreven geneesmiddel.
Het voorgaande brengt de commissie in het aan haar voorgelegde geval tot het volgende.
- 6.11. Uit artikel B.15. van de voorwaarden van de zorgverzekering volgt dat de ziektekostenverzekeraar een preferentiebeleid als bedoeld in artikel 2.8 Bzv voert. Dit geldt ook voor verzekerden die hebben gekozen voor een restitutiepolis. In het desbetreffende artikel verwijst de ziektekostenverzekeraar naar het 'Reglement Farmacie', met name hoofdstuk 2.3 en de 'Lijst Voorkeursgeneesmiddelen'. In laatstgenoemd stuk wordt per werkzame stof beschreven welk preferent geneesmiddel door de ziektekostenverzekeraar is aangewezen. Verzoekster gebruikt de geneesmiddelen Losec MUPS® tablet MSR 20 mg, Cozaar® tablet filmomhuld 50 mg, en Duspatal Retard® capsule MGA 200 mg. Hiervoor heeft de ziektekostenverzekeraar achtereenvolgens de geneesmiddelen met de werkzame stof omeprazol van Focus Care Pharmaceuticals B.V., losartan

van Focus Care Pharmaceuticals B.V. en van Medical Valley Invest AB, en metbeverine van Aurobindo Pharma B.V. aangewezen. Om die reden worden de aan verzoekster ter hand gestelde geneesmiddelen niet vergoed.

- 6.12. De commissie overweegt dat het aan de voorschrijver is om gemotiveerd aan te geven dat het in de situatie van verzoekster medisch niet verantwoord is de door de ziektekostenverzekeraar aangewezen preferente geneesmiddelen te gebruiken (zie hiervoor onder 6.9). In dit verband is door verzoekster een verklaring van haar huisarts overgelegd. Uit deze verklaring valt niet op te maken (i) welke geneesmiddelen door hem zijn voorgeschreven, en (ii) welke klachten verzoekster kreeg na het gebruik van elk van de voorgeschreven geneesmiddelen. Ook anderszins is door de huisarts niet gemotiveerd waarom behandeling met de preferente geneesmiddelen in de situatie van verzoekster niet medisch verantwoord is. Dit komt overeen met hetgeen het Zorginstituut in de brief van 22 juni 2022 concludeert. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op de geneesmiddelen Losec MUPS® tablet MSR 20 mg, Cozaar® tablet filmomhuld 50 mg en Duspatal Retard® capsule MGA 200 mg ten laste van de zorgverzekering.
- 6.13. Door verzoekster is gesteld dat toepassing van het preferentiebeleid in haar geval ongewenste gevolgen heeft omdat zij meerdere geneesmiddelen gebruikt - waaronder plastabletten - die de werking over en weer kunnen beïnvloeden. De commissie begrijpt dat verzoekster op een bepaalde combinatie van geneesmiddelen is ingesteld. Daarmee is echter niet gezegd dat het wisselen van één of meer geneesmiddelen niet mogelijk is. Het is aan verzoekster, gelet op artikel 150 Rv, te stellen en te onderbouwen dat dit bij haar aan de orde is. Zoals reeds is opgemerkt, zijn hiervoor, behoudens de niet gedocumenteerde ervaring met het merkloze geneesmiddel omeprazol, geen aanwijzingen. Onder deze omstandigheden valt niet in te zien waarom het tussen partijen overeengekomen preferentiebeleid geen toepassing zou mogen vinden.
- 6.14. Verzoekster heeft verder betoogd dat het onaanvaardbaar is dat andere verzekerden die kiezen voor een niet-preferent geneesmiddel in ieder geval de kosten van het voorkeursgeneesmiddel vergoed krijgen, terwijl zij dezelfde premie betaalt en zij zich met hoge kosten voor farmaceutische zorg geconfronteerd ziet. Nu verzoekster, zoals hiervoor is overwogen, niet redelijkerwijs is aangewezen op het gebruik van de niet-preferente geneesmiddelen, is de ziektekostenverzekeraar niet gehouden deze te vergoeden, ook niet gedeeltelijk zoals verzoekster wenst. Dat zij deze geneesmiddelen toch laat afleveren, waardoor zij wordt geconfronteerd met - vermijdbare - kosten van farmaceutische zorg die niet worden vergoed en die ook niet meetellen in het kader van de gemaximeerde eigen bijdrage, is uitsluitend een gevolg van een door haar gemaakte keuze. Niet valt in te zien waarom deze beide consequenties naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zouden zijn. Verzoekster heeft gesteld dat sprake zou zijn van ongelijke behandeling, nu verzekerden die wel de preferente versie van de geneesmiddelen afnemen de kosten hiervan vergoed krijgen en zij geen enkele vergoeding krijgt. Van ongelijke behandeling is slechts dan sprake indien gelijke gevallen verschillend worden behandeld. Ongelijke behandeling in gelijke gevallen doet zich ten opzichte van verzoekster echter niet voor. Verzoekster is immers redelijkerwijs niet aangewezen op de niet-preferente geneesmiddelen. Een medische noodzaak daartoe is niet komen vast te staan. Daarom komen de aan verzoekster verstrekte geneesmiddelen niet voor vergoeding door de ziektekostenverzekeraar in aanmerking. Verzekerden aan wie de preferente versies van de aan verzoekster verstrekte niet-preferente geneesmiddelen zijn afgeleverd, waren daarop wél redelijkerwijs aangewezen. Aan hen werden de verstrekte geneesmiddelen dus vergoed door de ziektekostenverzekeraar. De gestelde relatie met het eigen risico is de commissie niet duidelijk. De niet-preferente geneesmiddelen worden niet vergoed ten laste van de zorgverzekering en tellen in dit verband dus niet mee. Voor zover verzoekster bedoelt te stellen dat het eigen risico in haar geval niet wordt vol gemaakt door de kosten van de preferente geneesmiddelen, wijst de commissie erop dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten gebruik te maken van de door de wetgever geboden mogelijkheid de preferente geneesmiddelen uit te sluiten van de eigen risicoregeling.

6.15. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 september 2022,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 248

1. Een overeenkomst heeft niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien.
2. Een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.

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 vergoedinglimiet 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 vergoedinglimiet 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.

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 meer dan € 650,- per kaak bedragen;
- 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 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 web-

site 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 voorkeursgeneesmiddelen 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.

- 2021 heeft 365 dagen. 1 Januari tot en met 1 maart 2021 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. 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: Nader 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. Een apothekerbereiding of een geneesmiddel 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.

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 deelleveringen per een, twee of drie weken mogelijk. Dit geldt alleen als daarvoor een medische noodzaak is.

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 2e uitgifte van een medicijn;
- uitleg als u een medicijn gebruikt waarvoor ook een hulpmiddel nodig is;
 - farmaceutische begeleiding bij poliklinisch bezoek, ziekenhuisopname of -ontslag;

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

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg wordt verrekend met het eigen risico, behalve als het gaat om 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.

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 spoedsituatie.

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 geschikte 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 website.

Van medicijnen die niet op onze Lijst voorkeurs-

geneesmiddelen staan wordt de laagste marktprijs vergoed of een prijs die niet meer dan 5% afwijkt van de laagste prijs. Het gaat om de marktprijs die op dat moment geldt binnen een groep onderling vervangbare geneesmiddelen. Wij noemen dit de Laagste Prijs Garantie of Prijspreferentie. Dit is onderdeel van doelmatige zorg.

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 hoofdstuk 2.1.);
- 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 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 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 medicijn-

nen 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 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 de "Lijst geneesmiddelen met toetsing vooraf". Daarin kunt u per medicijn (werkzaam bestanddeel) zien wat nodig is voor de toetsing en wie de controle uit-

voert.

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 1.6. hebben aangegeven.

Zorgverlener

De zorg wordt uitsluitend geleverd door een apo-

theker of apothekhoudend huisarts die een door ons als voldoende beoordeelde, aanvullende opleiding met goed gevolg heeft afgerond voor het uitvoeren van een medicatiebeoordeling.

Behandelvoorstel

Een apotheker, (apothekhoudend) 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.

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;
- 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)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.

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 individueel recept zijn gemaakt (magistrale bereidingen).

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Een magistrale bereiding die (bijna) gelijk is aan een geregistreerd medicijn dat niet is opgenomen in het GVS wordt alleen vergoed als dat bij ministeriële regeling is bepaald. De minister kan een geneesmiddel aanwijzen als het gaat om:
 - een bereiding in de overbruggingstijd. Het medicijn is dan wel aangemeld maar er is nog geen besluit genomen over opname in het GVS;
 - een medicijn dat niet in het GVS wordt opgenomen omdat het te duur is terwijl de bereiding wel een acceptabele prijs heeft.
- Een magistrale bereiding die (bijna) gelijk is aan een niet-geregistreerd medicijn én niet is opgenomen in het GVS, wordt niet vergoed.
- 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 4 "Vergoeding van niet-geregistreerde medicijnen" van het Reglement Farmacie.
- De bereiding komt niet overeen met warenwetproducten.

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.
- Deze zorg wordt verrekend met 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 website van de overheid: wetten.overheid.nl.

Als sprake is van een allergie worden de dieetpreparaten vergoed vanaf het moment dat de allergie is bewezen.

Bij bijvoorbeeld een vermoeden van een koemelkeiwitallergie (kea) worden provocatietesten gedaan. Pas na een dubbelblinde provocatietest kan met zekerheid worden vastgesteld dat sprake is van een kea en kunt u aanspraak maken op vergoeding. De testperiode voorafgaand aan de dubbelblinde provocatietest komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Behandelvoorstel

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.

Tarieven

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

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