



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Farmaceutische zorg, CoAprovel®, preferentiebeleid, medische noodzaak

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5, bijlage 1 en
bijlage 2 Rzv

Zaaknummer : 202100076

Zittingsdatum : 20 oktober 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 27 maart 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. Op 9 juni 2021 heeft de zorgverzekeraar per brief een reactie aan de commissie gestuurd. Op 11 juni 2021 is een afschrift hiervan aan verzoeker gezonden en is aan hem gevraagd of hiermee het geschil is opgelost. Op 5 juli 2021 heeft verzoeker per e-mail verklaard dat dit laatste niet het geval is en heeft hij verzocht de procedure voort te zetten. Een afschrift van dit mailbericht is op 9 juli 2021 aan de zorgverzekeraar gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren en aan hem is verzocht aanvullende informatie aan te leveren.
- 2.3. Op 15 juli 2021 heeft de zorgverzekeraar per brief gereageerd en heeft hij de commissie aanvullende informatie gezonden. Een afschrift van deze reactie en van de aanvullende informatie is op 21 juli 2021 aan verzoeker gestuurd.
- 2.4. Op 9 augustus 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021029444) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is de zelfde dag aan partijen gezonden. Op 10 augustus 2021 heeft verzoeker per e-mail op het advies gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 17 augustus 2021 aan de zorgverzekeraar gestuurd.
- 2.5. Op 30 augustus 2021 heeft verzoeker per e-mail zijn standpunt nader onderbouwd. Een kopie van dit mailbericht is op 31 augustus 2021 aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 2.6. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 20 oktober 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering ZieZo Basis (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Eind 2020 heeft verzoeker de nota's van dat jaar met betrekking tot het geneesmiddel CoAprovel® ter declaratie bij de zorgverzekeraar ingediend. De zorgverzekeraar heeft op 4 januari 2021 per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij de kosten van het geneesmiddel CoAprovel® 300/12,5 mg niet aan hem vergoedt.

 3.3. Nadien heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen bemiddeld tussen partijen. In dit verband heeft de zorgverzekeraar op 4 maart 2021 per brief verklaard dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.

 3.4. De zorgverzekeraar heeft op 9 juni 2021 per brief aan de commissie meegedeeld dat hij bereid is de vier in het dossier aanwezige nota's voor CoAprovel® van 7 januari 2020, 7 april 2020, 4 augustus 2020 en 3 november 2020 alsnog te vergoeden, bij wijze van een eenmalige vergoeding waaraan verzoeker geen verdergaande rechten kan ontlenen. Voorts heeft hij zich bereid verklaard het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te betalen, mits verzoeker het geschil intrekt. Verzoeker heeft hierop meegedeeld de procedure te willen voortzetten.

 4. Geschil

 4.1. Verzoeker heeft de commissie aanvankelijk verzocht te bepalen dat de afgewezen nota's voor CoAprovel® uit 2020, vanwege medische noodzaak, alsnog volledig moeten worden vergoed. Nadien heeft hij zijn verzoek gewijzigd. De commissie begrijpt het gewijzigde verzoek aldus dat wordt verzocht te bepalen dat een verzekeraar gehouden is een nota voor een geneesmiddel dat op basis van medische noodzaak door een huisarts is voorgeschreven, zonder meer te vergoeden.

 4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

 5. Bevoegdheid van de commissie

 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering.

 6. Beoordeling

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

 Overwegingen commissie

 6.2. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar herhaald dat de gedeclareerde nota's die zien op de terhandstelling van CoAprovel® in 2020 door hem eenmalig en onverplicht, ofwel op basis van coulance, worden vergoed. Voor 2021 geldt dat de afleverende apotheek CoAprovel® als voorkeursmiddel heeft aangewezen. De apotheek heeft die bevoegdheid, omdat deze een IDEA-contract met de zorgverzekeraar heeft afgesloten. Met de vergoeding van de rechtstreeks door de apotheek ingediende nota's wordt de medische noodzaak voor het geneesmiddel niet erkend. Uit het voorschrift blijkt namelijk enkel van een 'medische indicatie'. Verzoeker heeft verklaard dat hij de CoAprovel® inmiddels uit het buitenland betreft, tegen veel lagere kosten, en dat hij de desbetreffende nota's niet declareert bij de zorgverzekeraar.

 6.3. De commissie heeft verzoeker, gelet op het voorgaande, ter zitting gevraagd waar het geschil nog op ziet. Verzoeker heeft hierop verklaard dat het hem er thans nog om gaat dat als een huisarts een geneesmiddel voorschrijft op basis van medische noodzaak, de verzekeraar dit middel zonder meer moet vergoeden.

 6.4. De commissie overweegt in de eerste plaats dat het Zorginstituut ten aanzien van het gewijzigde verzoek geen adviesbevoegdheid heeft, zodat ervan is afgezien een definitief advies te vragen. Verder stelt de commissie vast dat verzoeker inmiddels geen materieel belang meer heeft, nu de nota's uit 2020 alsnog uit coulance worden vergoed, en die uit 2021 rechtstreeks door de apotheek zijn gedeclareerd, waarna deze zijn vergoed door de zorgverzekeraar.

Dát de zorgverzekeraar een preferentiebeleid mag voeren, vormt een gegeven. Dit volgt uit artikel 2.8 Bzv. In genoemd artikel is bepaald dat aanspraak bestaat op een niet-preferent geneesmiddel voor zover behandeling met het door de verzekeraar aangewezen preferente geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is. Het is aan de voorschrijver deze medische noodzaak afdoende te onderbouwen.

- 6.5. Ten aanzien van het gewijzigde verzoek merkt de commissie op dat zij uitsluitend oordeelt in het individuele geval. Een algemeen geldende verklaring voor recht is daarom niet aan de orde. Dit neemt niet weg dat verzoeker een belang zou kunnen hebben bij een zodanige verklaring, toegespitst op zijn specifieke situatie, en in relatie tot de zorgverzekeraar. De relevantie hiervan valt in te zien, daar de zorgverzekeraar ter zitting heeft toegelicht dat het voorkeursbeleid van de apotheek - op basis waarvan de vergoeding in 2021 heeft plaatsgevonden - in de toekomst zou kunnen wijzigen.
- In dit verband wordt door de commissie overwogen dat verzoeker kennelijk de keuze heeft gemaakt de CoAprovel® in het buitenland te betrekken en de kosten hiervan voor eigen rekening te nemen. In die zin heeft hij, althans op dit moment, geen belang bij de gevraagde verklaring. Los van het ontbreken van een belang. Daarbij kan een verklaring met de gevraagde strekking niet worden afgegeven, omdat het bestaan van een medische noodzaak door verzoeker tot op heden niet aannemelijk is gemaakt. Verzoeker heeft weliswaar zijn overwegingen voor de keuze voor het geneesmiddel gedeeld, maar de verklaring van de voorschrijver behelst niet meer dan dat een 'medische indicatie' bestaat. Dit mag vanzelfsprekend worden verwacht voor elk geneesmiddel dat wordt voorgeschreven, en is onvoldoende om een medische noodzaak voor CoAprovel® aan te nemen.

- 6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 december 2021,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Apotheek

Onder apotheek verstaan wij apotheekhoudende huisartsen of (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken en poliklinische apotheken.

Besluit

Het Besluit zorgverzekering, zoals gepubliceerd in het Staatsblad 2005, 389, inclusief latere wijzigingen.

Contract met preferentiebeleid

Hieronder verstaan wij een overeenkomst tussen ons en de apotheek, waarin specifieke afspraken zijn gemaakt over het preferentiebeleid en/of de levering en betaling van farmaceutische zorg.

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- a) de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten; en/of
- b) advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, een en ander rekening houdend met het Reglement Farmaceutische Zorg dat wij hebben vastgesteld.

IDEA-contract

IDEA staat voor Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apotheken. Dit is de overeenkomst tussen ons en een apotheek, waarin specifieke afspraken over de farmaceutische zorg zijn gemaakt.

Medische noodzaak

Bij identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen vergoeden wij alleen de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen, of bij een IDEA-contract het geneesmiddel dat de apotheek heeft aangewezen. Is er geen geneesmiddel aangewezen? Dan heeft u recht op het laagst geprijsde geneesmiddel. Uw apotheker kan u vertellen welk geneesmiddel het laagst geprijsd is. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op vergoeding van een niet-aangewezen geneesmiddel. Er is sprake van medische noodzaak, als het voor u medisch onverantwoord is wanneer u behandeld wordt met het voorkeursmiddel. Dat kan in uitzonderlijke gevallen voorkomen wanneer de samenstelling, dosering of toedieningsvorm van een geneesmiddel zo bijzonder is, dat er voor u maar één bepaald (merk)geneesmiddel in aanmerking komt. Op het moment dat de (huis)arts het niet medisch noodzakelijk acht, komt u niet in aanmerking voor vergoeding van dit middel. Als de apotheek twijfelt over de medische noodzaak, zal de apotheek dit afstemmen met de voorschrijver van het geneesmiddel. De (huis)arts mag alleen medische noodzaak op het recept noteren, als het medisch onverantwoord is, wanneer u behandeld wordt met het voorkeursmiddel.

Medisch gespecialiseerde leverancier

Leverancier van medische producten, bijvoorbeeld van dieetpreparaten en/of andere medische hulpmiddelen.

Preferente geneesmiddelen

De door ons, binnen een groep identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen, aangewezen voorkeursmiddelen.

Regeling

De Regeling zorgverzekering, zoals gepubliceerd in de Staatscourant 2005, 171, inclusief latere wijzigingen.

Voorschrijver

Diegene die bevoegd is om farmaceutische zorg voor te schrijven.

Wij/ons

Uw Zorgverzekeraar.

Artikel 1 Over het reglement

1.1 Waarom een reglement?

Het Reglement Farmaceutische Zorg 2020 is een uitwerking van het artikel Farmaceutische Zorg uit uw verzekeringsovereenkomst. Bij deze verzekeringsovereenkomst horen polisvoorwaarden. Daarin staat waarop u recht heeft, maar niet altijd tot in detail. Soms zijn uw rechten zo omvangrijk, dat het ondoenlijk is om deze in de polisvoorwaarden zelf op te nemen. In de voorwaarden wordt dan verwezen naar een reglement. Zo ook bij farmaceutische zorg.

In dit reglement leest u welke contracten wij hebben gesloten voor het leveren van farmaceutische zorg. Ook vindt u informatie over de groepen geneesmiddelen en dieetpreparaten die we onderscheiden, en welk deel van de kosten wij vergoeden en onder welke voorwaarden.

1.2 Hoe is het reglement tot stand gekomen?

U heeft recht op de farmaceutische zorg die in de verzekeringsovereenkomst is opgenomen. Welke farmaceutische zorg dat is, vindt u in:

- a de Zorgverzekeringswet, zoals gepubliceerd in het Staatsblad 2005, 358, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'de zorgverzekeringswet');
- b het Besluit zorgverzekering, zoals gepubliceerd in het Staatsblad 2005, 389, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'het besluit');
- c de Regeling zorgverzekering, zoals gepubliceerd in de Staatscourant 2005, 171, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'de regeling');
- d de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
- e interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten').

Samen vormen de wet, het besluit en de regeling het wettelijk kader waarop dit reglement gebaseerd is. De inhoud van het besluit en de regeling is dus van toepassing op dit reglement. In de regeling staan bijvoorbeeld de indicatiecriteria. U heeft aanspraak op en/of recht op vergoeding van farmaceutische zorg indien u voldoet aan deze criteria. De meest recente versie van het besluit en de regeling vindt u op wetten.overheid.nl. Wijzigt in het jaar iets in deze wettelijke aanspraken of vergoedingen? Dan gelden deze wijzigingen voor u vanaf de datum waarop de wijziging ingaat.

Het besluit laat het aan de zorgverzekeraar over om nadere voorwaarden vast te stellen voor de toegang tot farmaceutische zorg. Bijvoorbeeld wie de voorschrijver moet zijn en of er toestemming vooraf noodzakelijk is. Wij hebben deze nadere voorwaarden vastgesteld in dit reglement.

1.3 Van toepassing op de volgende Zorgverzekeraars

Het Reglement Farmaceutische Zorg is voor u van toepassing, als u een verzekeringsovereenkomst heeft bij:

- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): Basis Zeker, Basis Exclusief, Basis Budget, ZieZo Basis en ZieZo Selectief;
- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), onder de naam Pro Life: Principe Polis en Principe Polis Budget;
- Interpolis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): Interpolis ZorgActief en Interpolis ZorgCompact;
- FBTO Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Leeuwarden): FBTO Zorg basisverzekering naturapolis en FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis;
- Volmacht van Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), die onder naam en voor rekening van Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), basisverzekeringen uitvoeren. Dat is: One Underwriting Health B.V. (statutair gevestigd te Eindhoven).
- Volmacht van Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Zeist), handelend onder de handelsnaam Zilveren Kruis, die onder naam en voor rekening van Zilveren Kruis aanvullende verzekeringen uitvoeren. Dat is: One Underwriting Health B.V. (statutair gevestigd te Eindhoven);
- De Friesland Zorgverzekeraar N.V. (statutair gevestigd te Leeuwarden): Alles Verzorgd Polis en Zelf Bewust Polis;
- Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Zeist).

Hierna te noemen: uw Zorgverzekeraar.

Artikel 2 Rechten van de verzekerde

Heeft u één van de verzekeringen afgesloten die staat in artikel 1.3 van dit reglement? Dan heeft u aanspraak op en/of recht op vergoeding van farmaceutische zorg volgens dit reglement en met inachtneming van wat in uw polisvoorwaarden is bepaald.

Artikel 3 Leveranciers van farmaceutische zorg

3.1 Soorten contracten met leveranciers farmaceutische zorg

Om farmaceutische zorg te kunnen leveren aan verzekerden, sluiten wij contracten af met apotheken. Er zijn 2 soorten contracten: IDEA-contracten en contracten met preferentiebeleid. Behalve met apotheken sluiten wij ook contracten af met andere medisch gespecialiseerde leveranciers om dieetpreparaten te leveren. Het kan voorkomen dat wij geen contract hebben afgesloten met een apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier. Dit kan gevolgen hebben voor uw vergoeding. Dit leest u in artikel 3.5.

3.2 Deze voorwaarden voor uw vergoeding gelden altijd

Of wij nu wel of geen contract hebben met een apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier, de volgende regels gelden altijd:

- 1 u heeft aanspraak op vergoeding van het geneesmiddel en/of dieetpreparaat tot maximaal de vergoedingslimiet (zie ook artikel 4.1) en uitsluitend als aan eventuele aanvullende vergoedingsvoorwaarden is voldaan.
- 2 de geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegd verpleegkundige.
- 3 dieetpreparaten voor de behandeling van (het risico op) ondervoeding moeten zijn voorgeschreven door een arts of diëtist.

3.3 IDEA-contract: de apotheek bepaalt het geneesmiddelmerk

Onder de contractvorm IDEA (Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apothekers) geldt het volgende:

- 1 de apotheek levert u de farmaceutische zorg waarop u aanspraak heeft, op basis van uw polisvoorwaarden.
- 2 als er van een geneesmiddel meerdere identieke, onderling vervangbare varianten beschikbaar zijn en er geen medische noodzaak is om het originele geneesmiddel of de andere afgeleide generieken hiervan te gebruiken, dan mag de apotheek uitsluitend een ander geneesmiddel leveren dat wij als voorkeursmiddel hebben aangewezen. U heeft in dat geval alleen aanspraak op vergoeding van het preferente geneesmiddel dat wij hebben aangewezen (zie artikel 4.2). Wanneer wij geen geneesmiddel hebben aangewezen, dan geldt dat u recht heeft op vergoeding van het laagst geprijsde geneesmiddel.
- 3 wij spreken geen voorkeursmiddel of –merk af met de apotheek. Wij vergoeden het geneesmiddelmerk dat de apotheek heeft bepaald conform de afspraken in het IDEA-contract.
- 4 de apotheek declareert de geleverde farmaceutische zorg rechtstreeks bij ons.

3.4 Contract met preferentiebeleid: wij bepalen het geneesmiddelmerk

Voor deze contractvorm geldt het volgende:

- a de apotheek levert u de farmaceutische zorg waarop u aanspraak heeft, op basis van uw polisvoorwaarden.
- b als er van een geneesmiddel meerdere identieke, onderling vervangbare varianten beschikbaar zijn en er geen medische noodzaak is om het originele geneesmiddel of de andere afgeleide generieken hiervan te gebruiken, dan mag de apotheek uitsluitend het geneesmiddel leveren dat wij als voorkeursmiddel hebben aangewezen. U heeft in dat geval alleen aanspraak op vergoeding van het preferente geneesmiddel dat wij hebben aangewezen (zie artikel 4.2). Wanneer wij geen geneesmiddel hebben aangewezen, dan geldt dat u recht heeft op vergoeding van het laagst geprijsde geneesmiddel.
- c de apotheek declareert de geleverde farmaceutische zorg rechtstreeks bij ons.

3.5 Geen contract

Met sommige apotheken en medisch gespecialiseerde leveranciers hebben wij geen afspraken gemaakt over de farmaceutische zorg die zij mogen leveren. Neemt u bij een niet-gecontracteerde apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier farmaceutische zorg af? Dan geldt het volgende:

- a u moet de kosten voor de geleverde zorg eerst zelf aan de apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier betalen.
- b u dient de nota bij ons in.
- c dient u een nota in voor een niet-preferent geneesmiddel? Dan heeft u uitsluitend aanspraak op vergoeding van een ander merk dan het voorkeursmiddel, als het medisch onverantwoord is u met het voorkeursmiddel te behandelen. U moet hiervoor een kopie van het recept of een verklaring van de huisarts meesturen. Daaruit moet blijken dat dit middel aan u is voorgeschreven uit medische noodzaak.

Voor de hoogte van de vergoeding geldt het volgende:

- a Voor de polissen Basis Exclusief (Zilveren Kruis) en FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis (FBTO) geldt dat u recht heeft op een vergoeding van:

- farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten): tot maximaal 100% van het in Nederland geldende marktconforme bedrag;
- prestaties (dienstverlening, zie voor de omschrijving hoofdstuk 7): 100% van de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

- b voor de polissen Basis Zeker, Basis Budget, ZieZo Basis en ZieZo Selectief (Zilveren Kruis), Principe Polis en Principe Polis Budget (Pro Life), FBTO Zorg basisverzekering naturapolis (FBTO), Interpolis ZorgActief, Interpolis ZorgCompact (Interpolis) en Zelf Bewust Polis (De Friesland Zorgverzekeraar) geldt dat u recht heeft op een vergoeding van:

- farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten): tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners);
- prestaties (dienstverlening, zie voor de omschrijving hoofdstuk 7): tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

- c: voor Alles Verzorgd Polis (De Friesland Zorgverzekeraar) geldt dat u recht heeft op een vergoeding van:

- farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten): tot maximaal 80% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners);
- prestaties (dienstverlening, zie voor de omschrijving hoofdstuk 7): tot maximaal 80% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Let op! Naast de lagere vergoeding (of geen vergoeding in het geval van levering niet-preferent geneesmiddel zonder medische noodzaak) waar u recht op heeft bij een niet-gecontracteerde apotheek die we hierboven beschrijven, kan het voorkomen dat u nog een deel zelf moet betalen. Het gaat hier om de bovenlimietprijs (wettelijke eigen bijdrage). Deze wordt eventueel wel vergoed uit uw aanvullende verzekering.

Voor de ZieZo Basis en ZieZo Selectief van Zilveren Kruis en Interpolis ZorgCompact geldt

Voor de aanspraak op farmaceutische zorg geldt dat wij internetapotheken hebben gecontracteerd. U dient bij voorkeur gebruik te maken van de door ons gecontracteerde internetapotheken.

Kan deze internetapotheek de gewenste geneesmiddelen en/of dieetpreparaten niet leveren? Of er zijn andere omstandigheden waardoor u, uw geneesmiddelen en dieetpreparaten, bij een andere apotheek wilt bestellen? Dan kunt u ook gebruik maken van een andere door ons gecontracteerde apotheek. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde apotheek, dan heeft u recht op maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke apotheken of medisch gespecialiseerde leveranciers wij een contract hebben? Kijk dan op onze website of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde apotheek en medisch gespecialiseerde leveranciers vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 4 Vergoedingsregels voor geregistreerde geneesmiddelen

4.1 Vergoeding volgens wettelijk systeem

De overheid heeft een Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) vastgesteld. In het GVS staat welke geneesmiddelen wel en niet voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking komen en onder welke voorwaarden. Als geneesmiddelen (nog) niet in het GVS zijn opgenomen, vergoeden wij ze in principe niet, met uitzondering van het bepaalde in artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering. Daar staat in lid 1, sub b, onderdeel 3 dat u recht heeft op een geneesmiddel dat in Nederland niet in de handel is, maar wel in een ander land. Voorwaarde hiervoor is dat u dit geneesmiddel nodig heeft voor een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners en waarvan de werking wetenschappelijk onderbouwd is.

Voor de vergoeding van geregistreerde geneesmiddelen worden de volgende groepen onderscheiden:

- a onderling vervangbare geneesmiddelen (zie verder artikel 4.2);
- b geneesmiddelen die niet onderling vervangbaar zijn (zie verder artikel 4.3);
- c geneesmiddelen waaraan aanvullende voorwaarden voor vergoeding zijn gesteld (zie verder artikel 4.4).

4.2 Onderling vervangbare geneesmiddelen

In de Regeling zorgverzekering vindt u in bijlage 1A welke geneesmiddelen als onderling vervangbaar zijn aangemerkt.

Onderling vervangbare geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die:

- a kunnen worden toegepast bij een gelijksoortig indicatiegebied, en
- b worden toegediend via een gelijke toedieningsweg, en
- c in het algemeen zijn bestemd voor dezelfde leeftijdscategorie.

Onderling vervangbare geneesmiddelen worden ingedeeld in groepen (clusters). Per cluster stelt de overheid een vergoedingslimiet vast. Deze limiet is gebaseerd op de gemiddelde prijs van de geneesmiddelen in dat cluster. Is de inkoopprijs hoger dan de vergoedingslimiet? Dan vergoeden wij het meerdere niet. U moet het bedrag boven de vergoedingslimiet dan betalen – als eigen bijdrage – aan de apotheek. U bent ook een eigen bijdrage verschuldigd, als het een eigen bereiding betreft, waarin een geneesmiddel is verwerkt waarvoor een eigen bijdrage geldt.

Voor een aantal onderling vervangbare geneesmiddelen gelden aanvullende voorwaarden voor vergoeding (zie artikel 4.4). Er is in dat geval alleen aanspraak op vergoeding, als aan deze aanvullende voorwaarden is voldaan. Wij vergoeden dan tot maximaal de vergoedingslimiet.

Preferente geneesmiddelen

Een aparte groep binnen de onderling vervangbare geneesmiddelen zijn de identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen. In deze groep geneesmiddelen hebben wij een aantal voorkeursmiddelen aangewezen. Dit zijn de preferente geneesmiddelen.

Neemt u uw geneesmiddelen af bij een apotheek zonder contract? Of bij een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten? Dan heeft u binnen de groep identieke middelen uitsluitend aanspraak op vergoeding van de geneesmiddelen die wij als preferent hebben aangewezen. Is er geen medische noodzaak om een niet-aangewezen geneesmiddel te gebruiken en wilt u dit toch? Dan moet u dit geneesmiddel zelf betalen.

Wilt u weten welke geneesmiddelen wij als preferent hebben aangewezen? Een overzicht van deze middelen vindt u op de website van uw Zorgverzekeraar. Het kan nodig zijn om de lijst aangewezen middelen tussentijds te wijzigen. In dat geval wordt hierover op tijd informatie verstrekt.

Voor een aantal preferente geneesmiddelen gelden aanvullende voorwaarden voor vergoeding (zie artikel 4.4). Er is in dat geval alleen aanspraak op vergoeding, als aan deze aanvullende voorwaarden is voldaan.

Hulpmiddelen

B.4 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

- a levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding;
- b het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;
- c een eventueel reservehulpmiddel.

Voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen

De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u altijd vooraf onze toestemming vragen. In sommige gevallen worden de hulpmiddelen in bruikleen aan u gegeven. Dit staat in het Reglement Hulpmiddelen. In dat geval wijken wij af van dit artikel onder a en artikel A.2.1.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Heeft u een hulpmiddel nodig dat deel uitmaakt van medisch-specialistische zorg? Dan heeft u geen recht op hulpmiddelen op basis van dit artikel. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel B.31.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde leverancier

Let op! Bestelt u uw hulpmiddelen bij een leverancier met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een leverancier die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde leveranciers vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Selectieve contractering ZieZo Basis en ZieZo Selectief

Let op! Bestelt u visuele hulpmiddelen, diabeteshulpmiddelen, hulpmiddelen voor mobiliteit, hulpmiddelen voor verpleging en verzorging op bed of incontinentie- of stomamaterialen niet online of niet bij een leverancier die wij speciaal voor ZieZo Basis en ZieZo Selectief hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze hulpmiddelen hebben ingekocht (bij gecontracteerde leveranciers).

Wilt u weten met welke leveranciers wij speciaal voor ZieZo Basis en ZieZo Selectief een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde leveranciers vindt u ook op onze website.

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

B.5 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- a de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;
- b advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website.

U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:

- a alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden en wat de maximale vergoeding is. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een IDEA-contract heeft gesloten; en
- b de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheek zonder contract; en
- c andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor u of uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:
 - geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheek in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, 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 de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, 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. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners; en
- d polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Wettelijke eigen bijdrage

Kost een geneesmiddel meer dan de vergoedingslimiet die in het GVS is opgenomen? Dan betaalt u deze kosten (bovenlimietprijs) zelf. Deze wettelijke eigen bijdrage op geneesmiddelen is gemaximeerd tot € 250,- per persoon per jaar. Bent u niet een heel kalenderjaar verzekerd bij ons? Dan berekenen wij de maximale wettelijke eigen bijdrage op geneesmiddelen op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar bij ons verzekerd bent.



Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Een omschrijving van deze (deel)prestaties vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg. Op onze website vindt u daarnaast een overzicht van de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten. Bovendien vindt u hier ook de geregistreerde geneesmiddelen die wij hebben aangewezen als "preferent".

Voorwaarden voor het recht op geneesmiddelen en dieetpreparaten

- 1 De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
- 2 Een apotheek moet de geneesmiddelen leveren. Dieetpreparaten mogen ook geleverd worden door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.
- 3 Zijn er identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan heeft u alleen recht op de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen of, bij een apotheek met een IDEA-contract, het geneesmiddel dat de apotheek heeft aangewezen. Is er geen geneesmiddel aangewezen? Dan heeft u recht op het laagst geprijsde geneesmiddel. Uw apotheek kan u vertellen welk geneesmiddel het laagst geprijsd is. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op een niet-aangewezen of duurder geprijsd geneesmiddel. De voorschrijver (zie onder 1) moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische indicatie en moet dit kunnen onderbouwen. Meer informatie hierover leest u in de Begrippenlijst van het Reglement Farmaceutische Zorg.
- 4 U heeft alleen recht op dieetpreparaten als:
 - a u een aandoening heeft waarbij toediening van deze preparaten een essentieel onderdeel is van adequate zorg;
 - b u niet kunt uitkomen met normale aangepaste voeding en/of dieetproducten;
 - c is voldaan aan de aanvullende voorwaarden voor vergoeding die staan in bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. Bijlage 2 wordt regelmatig gewijzigd. Ook tijdens het lopende polisjaar. U kunt de meest actuele bijlage met de voorwaarden vinden op internet: <http://wetten.overheid.nl>; tik in het zoekvenster Regeling zorgverzekering; klik op vind; klik op Regeling zorgverzekering; klik in de lijst links onderaan op Bijlage 2;
 - d als ze zijn voorgeschreven door een arts of diëtist.

In artikel 4.4 van het Reglement Farmaceutische Zorg staan nog een aantal aanvullende bepalingen voor het recht op specifieke geneesmiddelen. U heeft alleen recht op deze geneesmiddelen als u voldoet aan deze bepalingen.

Voorwaarden voor het recht op (deel)prestaties

Voor een aantal (deel)prestaties stellen wij aanvullende eisen aan de kwaliteit van de zorgverlening en/of randvoorwaarden voor welke farmaceutische zorg u mag declareren. U heeft alleen recht op deze deelprestaties als aan deze aanvullende eisen is voldaan. In het Reglement Farmaceutische Zorg leest u, voor welke (deel)prestaties deze voorwaarden gelden.

Let op! Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar.

Bij plaatsing door een gynaecoloog wordt zowel de plaatsing als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. U betaalt dan eigen risico. Bij plaatsing door een huisarts of verloskundige worden, zowel de plaatsing, als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. Het eigen risico geldt dan alleen voor de spiraal. Voor de plaatsing van de spiraal door de huisarts of verloskundige is geen eigen risico verschuldigd.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op de volgende geneesmiddelen en/of (deel)prestaties farmacie:

- a anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder, tenzij er een medische indicatie voor is. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies);
- b geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- c farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat u daar geen recht op heeft;
- d geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, derde lid, onder b van de Geneesmiddelenwet;
- e geneesmiddelen die staan in artikel 40, derde lid, onder f van de Geneesmiddelenwet;
- f geneesmiddelen die therapeutisch gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
- g zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen;
- h alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg;
- i homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen;
- j niet geregistreerde allergenen, tenzij de behandeling met een geregistreerd allergeen niet mogelijk is. U heeft alleen recht op een niet geregistreerd allergeen op basis van een door ons afgegeven machtiging op individuele basis.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde apotheek

Let op! Voor het recht op farmaceutische zorg geldt dat wij speciaal voor ZieZo Basis en ZieZo Selectief een beperkt aantal internetapotheken hebben gecontracteerd. Dat betekent dat u bij voorkeur gebruik dient te maken van de door ons gecontracteerde internetapotheken. Kan deze internetapotheek de gewenste geneesmiddelen en/of dieetpreparaten niet leveren? Of er zijn andere omstandigheden waardoor u, uw geneesmiddelen en dieetpreparaten, bij een andere apotheek wilt bestellen? Dan kunt u ook gebruik maken van een andere door ons gecontracteerde apotheek. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde apotheek, dan vergoeden wij 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde apothekers).

Wilt u weten met welke apotheken wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde apotheken vindt u ook op onze website.

Mond en tanden (mondzorg)

U heeft recht op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van B.6 tot en met B.13) gaan wij hierop in.

B.6 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, dat u zonder orthodontische behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder deze aandoening? Dan heeft u recht op deze behandeling.



Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.8

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

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

2. Farmaceutische zorg omvat geen:

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

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

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

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

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.5

1. In bijlage 1 bij deze regeling worden genoemd:

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

2. In bijlage 2 bij deze regeling worden vermeld:

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

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