

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Zaaknummer: 202302688

Partijen

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

en

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het bedrag van een geneesmiddelenfactuur uit Zwitserland, te weten SFr 353,95, volledig te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat hij, op grond van de geldende wet- en regelgeving en de voorwaarden van de zorgverzekering, niet meer kan vergoeden dan hij reeds heeft gedaan, namelijk € 47,92. Dit bedrag heeft hij verrekend met het eigen risico.
- 1.2. De commissie overweegt dat verzoekster heeft verzocht om vergoeding van de nota ten laste van de zorgverzekering. Het verdrag tussen de EU en de Zwitserse bondsstaat, op basis waarvan onder voorwaarden aanspraak bestaat op zorg en andere diensten in Zwitserland, blijft daarom verder onbesproken.
Waar het de zorgverzekering betreft, is tussen partijen de hoogte van de vergoeding in geschil. Voor het onderhavige geneesmiddel bedroeg deze in mei 2023 € 0,10233 per stuk. Verzoekster heeft 360 stuks afgenomen. De ziektekostenverzekeraar heeft geen - goedkoper - voorkeursgeneesmiddel aangewezen voor de werkzame stof Clopidogrel. Dit betekent dat verzoekster aanspraak heeft op een bedrag van € 0,10233 x 360 stuks. Dit bedrag is door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding verleend voor de 'Medikamenten-check' en de 'Bezugs-check'.
Gelet op artikel 35 van de voorwaarden van de zorgverzekering heeft de ziektekostenverzekeraar de vergoeding van totaal € 47,92 terecht verrekend met het eigen risico.
Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoekster geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding ten laste van de zorgverzekering.
De commissie wijst het verzoek af.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 18 september 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 21 november 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 5 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 11 januari 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Op 7 februari 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024001618) aan de commissie een brief gestuurd. Een kopie hiervan is op 12 februari 2024 aan partijen gezonden waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 19 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie geïnformeerd dat hij hier niet op zal reageren. Een kopie van dit bericht is op 20 februari 2024 aan verzoekster gestuurd. Van verzoekster heeft de commissie geen reactie ontvangen.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 17 januari 2024 respectievelijk 22 januari 2024 verklaard niet te willen worden gehoord, zodat de commissie beslist op basis van de stukken.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Werkt Best en VGZ Werkt Tand Beter (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster maakt al enige tijd gebruik van het geneesmiddel Clopidogrel. Op enig moment bleek dit geneesmiddel niet meer beschikbaar te zijn. Verzoekster heeft het geneesmiddel aangeschaft bij een apotheek in Zwitserland voor een bedrag van SFr 353,95. Deze kosten heeft verzoekster ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 3.3. Op 21 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat totaal € 47,92 wordt vergoed. Dit bedrag is in mindering gebracht op het eigen risico.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 13 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Op 7 februari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een brief gestuurd.

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het bedrag van de geneesmiddelenfactuur uit Zwitserland, te weten SFr 353,95, volledig te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. In haar brief van 18 september 2023 heeft verzoekster toegelicht dat zij al geruime tijd het geneesmiddel Clopidogrel gebruikt. Dit werd steeds door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Volgens de huisarts is het gebruik van het merkgeneesmiddel medisch noodzakelijk. Verzoekster heeft andere geneesmiddelen geprobeerd, maar de bijwerkingen waren iedere keer hevig. Op enig moment bleek dat het merkgeneesmiddel niet meer beschikbaar was in Nederland. Om een oplossing voor dit probleem te vinden, heeft verzoekster zich tot haar huisarts gewend.

Tijdens het consult bij de huisarts kwam de geplande reis naar Zwitserland ter sprake. Omdat de fabrikant van Clopidogrel een Zwitsers bedrijf is, heeft verzoekster geopperd om het geneesmiddel in Zwitserland aan te schaffen. Hierop heeft de huisarts een recept voor één jaar uitgeschreven.

Verzoekster heeft het merkgeneesmiddel in Zwitserland aangeschaft. Vervolgens heeft zij de desbetreffende - Zwitserse - factuur ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft maar een klein deel hiervan vergoed. Hij heeft zich hierbij ten onrechte op het standpunt gesteld dat hij de Nederlandse kostprijs vergoedt. Volgens verzoekster is het niet mogelijk de Nederlandse kostprijs te hanteren, omdat deze er niet is. Als een geneesmiddel niet meer in Nederland te verkrijgen is, kan daarvoor immers ook geen Nederlandse kostprijs meer zijn.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. In zijn brief van 4 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat hij volgens de geldende wet- en regelgeving en de voorwaarden van de zorgverzekering niet meer kan vergoeden dan hij reeds heeft gedaan.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft er in dit verband op gewezen dat uit artikel 1.4. van de voorwaarden van de zorgverzekering blijkt dat hij 80% van de gemiddelde tarieven voor verzekerde zorg vergoedt wanneer een verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als er voor de betreffende zorg Wmg-tarieven gelden, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven. Artikel 9.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt dat de vergoeding van zorgkosten, gemaakt in het buitenland, beperkt is tot het bedrag dat de verzekerde zou ontvangen als de zorgkosten in Nederland zouden zijn gemaakt.
- In artikel 35 van de voorwaarden van de zorgverzekering wordt beschreven dat de arts de medische noodzaak voor een bepaald geneesmiddel vaststelt. In dat geval krijgt de verzekerde een ander geneesmiddel voorgeschreven dan het voorkeursgeneesmiddel, omdat het voorkeursgeneesmiddel voor de verzekerde niet medisch verantwoord is. Wanneer een ander geneesmiddel wordt gebruikt dan het voorkeursgeneesmiddel, vallen de kosten van dat andere geneesmiddel onder het eigen risico.
- Voorts wordt in dit artikel beschreven dat het kan voorkomen dat een geregistreerd geneesmiddel in Nederland niet of onvoldoende kan worden geleverd. In dat geval moet een vervangend geneesmiddel uit het buitenland worden gehaald. Dit geneesmiddel moet met toestemming van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: IGJ) of met een tijdelijke vergunning van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (hierna: CBG) uit het buitenland zijn gehaald.
- Op grond van artikel 40, eerste lid, Geneesmiddelenwet (hierna: Gw) is het verboden om een geneesmiddel in het handelsverkeer te brengen zonder handelsvergunning van de Europese Unie. Op dit verbod wordt in artikel 40, derde lid, onder c, Gw, een aantal restrictieve uitzonderingen gemaakt. Een van die uitzonderingen is nader uitgewerkt in artikel 3.17a Regeling Geneesmiddelenwet. In dit artikel is de uitzondering opgenomen dat de IGJ de mogelijkheid heeft om in het kader van een tijdelijk geneesmiddelentekort toestemming te geven aan fabrikanten, groothandelaren of apothekhouders om een (vergelijkbaar) geneesmiddel uit het buitenland te importeren.
- Op grond van artikel 2, eerste lid, Wet geneesmiddelenprijzen (hierna: Wgp) kan voor een geneesmiddel een maximumprijs worden vastgesteld. Uit artikel 3, eerste lid, Wgp volgt dat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) twee keer per jaar onderzoekt of de maximumprijzen voor geneesmiddelen moeten worden herzien.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat volgens Vektis het merkgeneesmiddel Clopidogrel van Sandoz vanaf oktober 2023 niet meer beschikbaar is in Nederland. Mogelijk was er in mei 2023 al een tekort aan dit geneesmiddel in de apotheken die verzoekster heeft bezocht. Het feit dat er een mogelijk tekort was in mei 2023, betekent echter niet dat verzoekster volledige vergoeding krijgt van de kosten van het geneesmiddel dat zij zelf in het buitenland heeft aangeschaft. In geval van een tekort zijn er specifieke procedures die moeten worden gevolgd.

Als een geneesmiddelenfabrikant een tekort heeft, moet de fabrikant dit verplicht melden aan het CBG. Vervolgens vindt een overleg plaats tussen de IGJ en het CBG. Samen nemen zij een besluit over in welke gevallen een geneesmiddel mag worden geïmporteerd en voor welke periode. Als er voldoende vergelijkbare geneesmiddelen op de Nederlandse markt beschikbaar zijn, kunnen de IGJ en het CBG besluiten om de import van een buitenlands geneesmiddel niet toe te staan. Wanneer een verzekerde een bepaald geneesmiddel niet kan verkrijgen, beoordeelt de apotheker, soms samen met de voorschrijver, wat de meest geschikte optie is voor de verzekerde. Als het importeren van het geneesmiddel de enige medisch verantwoorde keuze is, moet de verzekerde de situatie aan de ziektekostenverzekeraar voorleggen. Hierbij is een goede medische onderbouwing essentieel. Op individueel patiënteniveau moet de apotheker toestemming vragen aan de IGJ voor het importeren van het geneesmiddel. Als de IGJ deze toestemming verleent, komt het geneesmiddel in aanmerking voor vergoeding. De apotheker moet de IGJ-toestemming uploaden in het VGZ-portaal, zodat er een machtiging kan worden afgegeven voor een bepaalde periode. Op 3 maart 2021 en 2 juni 2021 is contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar over de geneesmiddelen Atenolol en Amiloride. Tijdens het contactmoment van 2 juni 2021 is besproken dat het geneesmiddel Amiloride zou worden geïmporteerd door de apotheek. De meest recente contactmomenten over de vergoeding van het huidige geneesmiddel vonden plaats op 28 juni 2023 en 28 augustus 2023. Op 28 juni 2023 informeerde de partner van verzoekster naar de vergoeding voor het geneesmiddel bij de apotheek. Deze contactmomenten vonden plaats nadat het geneesmiddel al was aangeschaft in Zwitserland op 17 mei 2023. In de jaren 2022 en 2023 zijn er geen contactmomenten geweest waarin specifiek het geneesmiddelentekort werd besproken. De ziektekostenverzekeraar was dus niet op de hoogte van het feit dat verzoekster het geneesmiddel Clopidogrel van Sandoz niet kon verkrijgen.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat hij voor de vaststelling van het Nederlands tarief, met name het gemiddeld gecontracteerd tarief zoals vermeld in artikel 1.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering, gebruikmaakt van de IFM-zoeker in Vektis. IFM is alleen toegankelijk voor verzekeraars en opgezet om verzekeraars te ondersteunen bij de afhandeling van declaraties van geneesmiddelen. De bron van deze gegevens is de G-standaard, die iedere maand wordt geactualiseerd door de Z-index. De G-standaard is een databank die het voorschrijven, afleveren, bestellen, declareren en vergoeden van zorgproducten ondersteunt. Alle openbaar apothekers, ziekenhuisapothekers, poliklinische apothekers, apotheekhoudende huisartsen, medisch specialisten en zorgverzekeraars in Nederland maken gebruik van de G-standaard. De Z-index zorgt voor het actueel houden van alle gegevens in de databank. Het maximale bedrag dat de ziektekostenverzekeraar vergoedt bestaat uit de apotheekinkoopprijs (hierna: AIP) vermeerderd met de BTW. De AIP is de prijs die de fabrikant landelijk vaststelt als de vergoedingsprijs. Deze prijs wordt beïnvloed door de Wgp waarbij VWS tweemaal per jaar de maximumprijzen voor geneesmiddelen bepaalt voor de farmaceutische industrie. De Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) zorgt ervoor dat het maximumtarief nooit hoger is dan de Wgp- maximumprijs. Indien nodig wordt het maximumtarief gedurende het jaar verlaagd tot de Wgp- maximumprijs. Deze (herziene) maximale tarieven zijn te vinden in de G-standaard, waarop de tarieven in Vektis zijn gebaseerd. Voor de vergoeding van Clopidogrel wordt in Vektis een prijs van € 3,07 vermeld voor 30 stuks (AIP). Voor 360 stuks is de AIP € 36,84. Met 9% BTW komt de totale vergoeding dan uit op € 40,16. Op deze vergoeding is het eigen risico ingehouden, aangezien het merkgeneesmiddel niet het voorkeursgeneesmiddel is. De vergoeding is hoger dan het tarief dat de ziektekostenverzekeraar eerder met de apotheek van verzoekster heeft afgesproken. Uit de historie van verzoekster blijkt dat zij voorheen € 9,50 per 90 stuks heeft gekregen. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar het volledige tarief vergoed, terwijl verzoekster recht heeft op 80% van het gecontracteerde tarief, dan wel Wmg-tarief, wanneer zij gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Ook de terhandstellingskosten zijn 100% vergoed, terwijl verzoekster op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering recht had op een vergoeding van 80% hiervan.

6. Advies Zorginstituut

6.1. In de brief van 7 februari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"U hebt Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) op 11 januari 2024 om advies gevraagd over het geschil tussen verzoekster en verweerder. Het Zorginstituut heeft het dossier beoordeeld. De conclusie is dat het Zorginstituut in dit geschil geen adviesbevoegdheid heeft.

Het geschil gaat over de hoogte van de vergoeding van Clop[r]idogrel. Gelet op artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw. Dit geschil heeft geen betrekking hierop. Niet in geschil is of sprake is van verzekerde zorg en/of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Het Zorginstituut heeft daarom geen adviesbevoegdheid en brengt in dit geschil geen advies uit.

U vraagt het Zorginstituut om in te gaan op de beschikbaarheid van het geneesmiddel Clopidogrel ten tijde van de aanvraag (april 2023). Ook vraagt u of Clopidogrel Sandoz Eco FilmTabl 75 mg hetzelfde geneesmiddel is als Clopidogrel Sandoz Tablet Filmomhuld 75 mg en wat de gemiddelde prijs per stuk is van Clopidogrel Sandoz Tablet Filmomhuld 75.

Als er een tekort van een geneesmiddel dreigt in Nederland gaat het Meldpunt geneesmiddelen tekorten en -defecten in samenwerking met artsen, apothekers, patiëntverenigingen, fabrikanten, groothandels, zorgverzekeraars en het ministerie, op zoek naar oplossingen voor tekorten aan geneesmiddelen. Indien een geneesmiddel uit het buitenland een tijdelijk tekort kan oplossen, kan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) een tekortenbesluit afgeven. Dit betekent dat de IGJ tijdelijk toestemming geeft aan fabrikanten, groothandels of apothekers om een vergelijkbaar middel uit het buitenland te halen.

Op de website van IGJ is een dergelijk besluit voor import voor Clopidogrel door een tekort niet te vinden. De vraag of Clopidogrel Sandoz 75 mg, filmomhulde tabletten voor verzoekster beschikbaar was in april 2023 kan het Zorginstituut niet beantwoorden.

In tegenstelling tot Clopidogrel Sandoz Tablet Filmomhuld 75 mg is Clopidogrel Sandoz Eco FilmTabl 75 mg niet geregistreerd in Nederland. In het Zwitserse compendium is wel achtergrondinformatie te vinden. Het gaat om twee producten van dezelfde fabrikant (Sandoz): de werkzame stof (clopidogrel), sterkte (75 mg), farmaceutische vorm (filmomhulde tablet) komen overeen. Ook de gebruikte hulpstoffen zijn qua samenstelling gelijk aan elkaar. Voor zover wij kunnen nagaan is het enige verschil een andere verpakkingsgrootte (30 stuks per doos versus 28 stuks per doos). Inhoudelijk verschillen beide producten niet van elkaar. Er is wel een verschil in de registratie- en vergoeding status tussen deze producten. Clopidogrel Sandoz Tablet Filmomhuld 75 mg is als geneesmiddel geregistreerd in Nederland en opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Bij het Zwitserse product (Clopidogrel Sandoz Eco FilmTabl 75 mg) is dat niet het geval.

Clopidogrel Sandoz 75 mg, filmomhulde tabletten is in september 2023 uit de handel gegaan, om die reden is dit middel niet meer vindbaar op www.medicijnkosten.nl. De vergoedingsprijs van CLOPIDOGREL SANDOZ TABLET FILMOMHULD 75MG was in mei 2023 € 0,10233 per tablet. Voor een doos met 30 stuks zijn de materiaalkosten € 3,07 (€ 3,34 per doos inclusief btw)."

7. Bevoegdheid van de commissie

7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over farmaceutische zorg en niet-gecontracteerde 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.
- 8.2. Zwitserland is geen lidstaat van de EU, maar tussen de EU en de Zwitserse bondsstaat is een verdrag afgesloten op basis waarvan onderdanen van een EU-lidstaat onder voorwaarden aanspraak hebben op zorg en andere diensten in Zwitserland. Verzoekster heeft tijdens haar verblijf in Zwitserland het geneesmiddel Clopidogrel Eco Film Tabl. 75 mg van Sandoz bij een apotheek afgenomen. Zij heeft geen gebruik gemaakt van de European Health Insurance Card, maar de nota ten bedrage van SFr 353,95 ter plekke voldaan. Dit bedrag bestaat uit SFr 346,40 voor vier verpakkingen van het geneesmiddel, SFr 4,30 voor een 'Medikamenten-check' en SFr 3,25 voor een 'Bezugs-check'. De nota heeft verzoekster nadien ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De commissie maakt uit haar handelen op dat zij vergoeding wenst ten laste van de zorgverzekering. Eerdergenoemd verdrag blijft daarom verder onbesproken.
- 8.3. Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen die in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) zijn opgenomen komen voor vergoeding in aanmerking, ten laste van de zorgverzekering. Dit volgt uit artikel 2.8, eerste lid, onder a, Bzv. Deze geneesmiddelen zijn vermeld op bijlage 1 en bijlage 2 Rzv. Hetgeen is beschreven in artikel 35 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. Het door verzoekster in Zwitserland bij de apotheek betrokken geneesmiddel is niet vermeld op eerder genoemde bijlage. Uit de brief van het Zorginstituut van 7 februari 2024 valt evenwel op te maken dat het enige verschil met de wél op de bijlage opgenomen variant de verpakkingsgrootte lijkt te zijn. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar zich er in de procedure niet op beroepen dat geen sprake zou zijn van een verzekerde prestatie. Ook is tussen partijen niet in geschil dat verzoekster op het geneesmiddel redelijkerwijs is aangewezen. De door verzoekster aangevoerde medische noodzaak voor het merkgeneesmiddel is door de ziektekostenverzekeraar niet bestreden. Wat partijen verdeeld houdt, is uitsluitend de hoogte van de verleende vergoeding.
- 8.4. Uit de brief van het Zorginstituut van 7 februari 2024 blijkt dat de vergoeding van het merkgeneesmiddel Clopidogrel (Sandoz Tablet Filmomhuld 75 mg) op grond van de zorgverzekering in mei 2023 € 3,07 per 30 stuks bedroeg. Verzoekster heeft 360 stuks afgenomen. Op basis van artikel 35 van de voorwaarden van de zorgverzekering kan de ziektekostenverzekeraar een voorkeursgeneesmiddel aanwijzen. Voorkeursgeneesmiddelen zijn opgenomen in het Reglement farmaceutische zorg van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement). Uit het reglement blijkt dat de ziektekostenverzekeraar geen voorkeursgeneesmiddel heeft aangewezen voor de werkzame stof clopidogrel. Dit betekent dat verzoekster aanspraak heeft op een bedrag van € 0,10233 x 360 stuks. Dit bedrag is door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
- Hetgeen verzoekster heeft gesteld aangaande de beschikbaarheid van het geneesmiddel in mei 2023 en de Nederlandse kostprijs, neemt de commissie voor kennisgeving aan. Het staat vast dat het geneesmiddel pas in september 2023 uit de handel is genomen en kennelijk heeft voordien bij de IGJ geen melding plaatsgevonden. Het moet er daarom voor worden gehouden dat het in Nederland op de bijlage bij de Rzv vermelde geneesmiddel in mei 2023 nog leverbaar was. Om die reden verzet niets zich ertegen dat wordt uitgegaan van de op dat moment geldende kostprijs van € 0,10233.
- Naar de commissie begrijpt heeft de ziektekostenverzekeraar ook de kosten van de 'Medikamenten-check' en de 'Bezugs-check' vergoed, als betrof het hierbij de in Nederland

gebruikelijke terhandstellingskosten. Op de vergoeding is geen korting toegepast omdat gebruik is gemaakt van niet gecontracteerde zorg, zodat dit punt verder onbesproken kan blijven.

- 8.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de vergoeding van totaal € 47,92 voor het merkgeneesmiddel en de 'terhandstellingskosten' verrekend met het verplicht eigen risico van € 385,- per kalenderjaar. Dit is hem, gelet op artikel 35 van de voorwaarden van de zorgverzekering toegestaan, aangezien verrekening met het eigen risico uitsluitend achterwege blijft in geval een voorkeursgeneesmiddel ter hand wordt gesteld. Aan die voorwaarde is niet voldaan. Voorts is gesteld noch gebleken dat het verplicht eigen risico al was vol gemaakt. De verrekening met het verplicht eigen risico heeft dan ook terecht plaatsgevonden.
- 8.6. Gelet op het voorgaande concludeert de commissie dat verzoekster geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

Slotsom

- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 maart 2024,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerd tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.

U vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze lijst vindt u op onze website. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met uw eigen risico of een eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

Acute zorg

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren.

Huisartsenzorg

Gaat u voor huisartsenzorg zoals vermeld in artikel 11, Huisartsenzorg punt 1, 2 en 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Voor onderzoek dat de huisarts voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek) vergoeden wij de kosten tot maximaal 80% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Cessieverbod

U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging (artikel 14), GGZ (artikel 25, 26 en 38), Farmaceutische zorg (artikel 35 Geneesmiddelen) en Hulpmiddelenzorg (artikel 37) niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

1.5. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u uw declaraties online indienen via de Mijn-omgeving of via de Zorg app. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen van u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt. Declareren per post kan ook. U kunt de originele nota naar ons opsturen. Kijk voor meer informatie op pagina 2. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:

- De datum waarop de nota door de zorgaanbieder is gemaakt en het notanummer (opvolgend en elk notanummer mag maar 1 keer voorkomen)
- Uw naam, adres en geboortedatum
- Soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling
- Naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's samen met eventueel bijbehorende documenten moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Op de vergoeding brengen wij een eventueel eigen risico en wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's en bijbehorende documenten moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

Let op

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Voor voorzienbare zorg die naar verwachting niet of niet op tijd kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kunnen wij de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, dan heeft u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt de EHIC gebruiken in Australië voor spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening. Heeft u geen zorgpas met EHIC? Dan kunt u deze gratis aanvragen.

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- Zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemming en/of verwijzing

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan heeft u vooraf onze toestemming nodig. U heeft ook toestemming nodig voor zorg in het buitenland waarvoor dit in de zorgartikelen (artikel 11 tot en met 40) is vermeld. U vindt in deze artikelen ook of u een verwijzing of voorschrift nodig heeft.

Heeft u onze toestemming niet nodig, maar wilt u wel graag vooraf weten of uw behandeling in het buitenland voor vergoeding in aanmerking komt. Dan kunt u ons vragen om dit voor u te beoordelen. Kijk voor meer informatie op onze website.

U heeft geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u in de Zorg App, op uw zorgpas en op onze website.

Eigen bijdrage gebitsprothese

U heeft recht op een gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak. U betaalt hiervoor een eigen bijdrage. De eigen bijdrage geldt ook voor de kosten van het plaatsen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (mesostructuur). Een mesostructuur is de niet uitneembare constructie tussen implantaten en het kunstgebit (het kliksysteem). De kosten van het trekken van tanden en kiezen komen niet voor vergoeding in aanmerking, maar worden mogelijk wel vergoed als u een aanvullende (tandarts) verzekering heeft. Naast een eigen bijdrage is ook een eigen risico van toepassing.

Voor een implantaat voor een volledige gebitsprothese als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak heeft, zie artikel 32.2.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, tandarts-implantoloog of tandprotheticus.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

1. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor een conventionele (normale) gebitsprothese:
 - a. Als de totale kosten (inclusief techniekkosten) hoger zijn dan:
 - € 600 voor een boven- of onderkaak
 - € 1.200 voor een boven- en onderkaak samen
 - b. Als u uw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen
 - c. Voor de toeslag zeer ernstig geslonken kaak
2. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor:
 - a. Een gebitsprothese op implantaten
 - b. Het rebasen (opvullen) of repareren van een gebitsprothese op implantaten
 - c. Een steg of drukknoepen (mesostructuur)

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

FARMACEUTISCHE ZORG

Artikel 35. Geneesmiddelen

Farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

Deze zorg omvat ook:

- Terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel
- Terhandstelling en begeleidingsgesprek van een voor u nieuw receptplichtig geneesmiddel
- Instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel
- Medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik.

Geregistreerde geneesmiddelen

De zorg omvat bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. Deze vindt u in bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering.

Voorkeursgeneesmiddelen

In bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering zijn groepen van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof opgenomen. Wij kiezen voor bepaalde werkzame stoffen een voorkeursgeneesmiddel. U heeft alleen recht op deze voorkeursgeneesmiddelen. U vindt de lijst met voorkeursgeneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg op onze website. Andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof vergoeden wij niet. Als een behandeling met een

voorkeursgeneesmiddel medisch niet verantwoord is, vermeldt uw arts 'medische noodzaak' op het recept. U heeft dan recht op een ander geneesmiddel.

Medische noodzaak

Artsen mogen alleen 'medische noodzaak' op het recept vermelden als zij deze kunnen onderbouwen. Heeft uw apotheker vragen over de voorgeschreven medische noodzaak? Bijvoorbeeld omdat u het geneesmiddel niet eerder heeft gebruikt? Dan neemt de apotheker contact op met uw arts. De apotheker kiest op basis van de door uw arts voorgeschreven werkzame stof en de toelichting van uw arts welk geneesmiddel aan u wordt meegegeven. Als er geen sprake is van medische noodzaak geeft de apotheker u het voorkeursgeneesmiddel mee.

Voorkeursgeneesmiddelen en uw eigen risico

Het eigen risico geldt niet voor voorkeursgeneesmiddelen. U vindt de lijst met voorkeursgeneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg op onze website. Voor de dienstverlening van de apotheek geldt het eigen risico wel. Dit zijn bijvoorbeeld de kosten voor de terhandstelling van een geneesmiddel en de begeleiding bij het gebruik van nieuwe geneesmiddelen. Gebruikt u een ander geneesmiddel dan het voorkeursgeneesmiddel vanwege medische noodzaak, dan geldt het eigen risico wel.

Zelfzorgmiddelen

De zorg omvat zelfzorgmiddelen als u deze geneesmiddelen langer dan 6 maanden moet gebruiken. U heeft alleen recht op laxeremiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen om de maag te legen en middelen tegen droge ogen, die zijn opgenomen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De eerste 15 dagen komen de kosten van het geneesmiddel voor uw rekening.

Niet-geregistreerde geneesmiddelen

De zorg omvat niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat ook het meest economisch is voor de zorgverzekering.

U heeft recht op de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

- Apotheekbereidingen;
- Geneesmiddelen die uw arts speciaal voor u bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
- Geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van uw behandelend arts zijn ingevoerd. U heeft alleen recht op deze geneesmiddelen als u een zeldzame aandoening heeft die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

Tijdelijk geneesmiddelentekort

Als een geregistreerd geneesmiddel in Nederland niet of onvoldoende geleverd kan worden, omvat de zorg een vervangend geneesmiddel uit het buitenland. Dit geneesmiddel moet met toestemming van de Inspectie van de Gezondheidszorg of met een tijdelijke vergunning van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen uit het buitenland zijn gehaald.

Dit is niet verzekerd:

- Farmaceutische zorg voor een geneesmiddel dat geen verzekerde zorg is
- Voorlichting farmaceutische zelfmanagement voor patiëntengroep
- Advies farmaceutische zelfzorg
- Advies gebruik receptplichtige geneesmiddelen tijdens reis
- Advies ziekterisico bij reizen
- Farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen
- Preventieve reisgeneesmiddelen en reisivaccinaties
- Geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet
- Geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald
- Geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet

U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

Let op:

Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname, dagbehandeling of polikliniekbezoek en farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.

Eigen bijdrage

U bent voor sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.

Uw wettelijke eigen bijdrage is maximaal € 250 per kalenderjaar.

Als uw zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij de eigen bijdrage als volgt:

$$\text{Eigen bijdrage} \times \frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Eigen bijdrage geneesmiddelen

De minister van VWS bepaalt welke geneesmiddelen worden vergoed volgens de Zorgverzekeringswet en voor welke geneesmiddelen u een eigen bijdrage moet betalen. Uw maximale eigen bijdrage is € 250 per kalenderjaar. Naast de eigen bijdrage kan ook een eigen risico van toepassing zijn. Kijk voor meer informatie op onze website.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Gebruikt u de door ons aangewezen voorkeursgeneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg? Dan geldt het eigen risico niet. Het eigen risico geldt ook niet voor de door ons geselecteerde zorgaanbieders voor de proeftuin Blauwe Zorg in de regio Maastricht en Heuvelland, voor zover zij de door ons geselecteerde voorkeurslongmedicatie leveren. U vindt de geselecteerde zorgaanbieders en voorkeurslongmedicatie in het Reglement farmaceutische zorg bijlage D en E. U kunt ook kiezen voor andere longmedicatie, die niet als voorkeurslongmedicatie is geselecteerd. In dat geval geldt het verplicht en vrijwillig eigen risico wel.

Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie wel onder het eigen risico vallen.

Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

U kunt uw vordering op ons voor farmaceutische zorg zoals vermeld in dit artikel niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Recept (voorschrift)

Huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant of verpleegkundige.

Voor hoeveel dagen mag uw apotheker geneesmiddelen aan u geven?

Uw apotheker mag uw geneesmiddel voor een bepaalde periode aan u geven. De periode is afhankelijk van uw recept, het geneesmiddel en hoe lang u het geneesmiddel moet gebruiken.

Nieuw geneesmiddel

- Maximaal 15 dagen of
- De kleinste verpakking als die meer bevat dan u nodig heeft voor 15 dagen

Geneesmiddel op basis van een herhaalrecept

- 1 maand voor een geneesmiddel dat per maand meer dan € 1.000 kost. Als u na een aaneengesloten periode van 6 maanden goed bent ingesteld op het geneesmiddel, mag uw apotheker dit geneesmiddel voor een periode van 3 maanden aan u geven
- 1 maand voor slaapmiddelen
- 1 maand voor geneesmiddelen die angst en onrust verminderen (met uitzondering van middelen uit de groep van de antidepressiva)
- 1 maand voor geneesmiddelen die zijn opgenomen in de Opiumwet.
- Minimaal 3 maanden en maximaal 12 maanden voor een geneesmiddel voor de behandeling van een chronische aandoening.

Redenen om een geneesmiddel voor een kortere periode aan u te geven

- Het geneesmiddel is beperkt houdbaar
- Het geneesmiddel is beperkt beschikbaar

Anticonceptiepil en insuline

Voor de anticonceptiepil en voor insuline heeft u alleen de eerste keer een recept nodig.

Toestemming

1. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor een aantal geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Wij kunnen de lijst met deze geneesmiddelen tussentijds aanpassen. U ontvangt hierover informatie. Voor het aanvragen van toestemming kan uw arts een artsenverklaring van www.znformulieren.nl of een toestemmingsformulier van onze website downloaden en invullen.
Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten? U kunt dan het door uw arts ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren. Uw apotheker beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw apotheek wilt inleveren, dan kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen.
Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? U kunt dan vooraf toestemming vragen door het formulier rechtstreeks bij ons in te dienen. Kijk voor het adres op onze website.
2. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:
 - Een aantal doorgeleverde apotheekbereidingen (op maat gemaakte medicijnen). Dit zijn bereidingen die een apotheek maakt en aan uw apotheek levert;
 - Geneesmiddelen die uw arts speciaal voor u bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
 - Geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van uw behandelend arts zijn ingevoerd.Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Anticonceptiemiddelen

Bent u jonger dan 21 jaar? Dan heeft u recht op anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium. Voor sommige middelen is een eigen bijdrage van toepassing.

Bent u 21 jaar of ouder? U heeft alleen recht op anticonceptiemiddelen als u deze middelen gebruikt voor de behandeling van endometriose of menorrhagie (als er sprake is van bloedarmoede). Let op: u heeft hiervoor onze toestemming nodig. Kijk voor informatie over het aanvragen van toestemming bij punt 1 onder het kopje Toestemming van dit artikel.

Als u geen recht heeft op deze vergoeding, dan krijgt u de kosten van het anticonceptiemiddel mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering heeft. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

Ongeacht uw leeftijd, heeft u recht op het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje of implanonstaafje door een huisarts of een medisch specialist. Voor het plaatsen of verwijderen van een spiraaltje mag u ook naar een daartoe gecertificeerde verloskundige.

Artikel 36. Dieetpreparaten

Dieetpreparaten zijn polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. Dieetpreparaten maken alleen deel uit van de zorg als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- a. Lijdt aan een stofwisselingsstoornis
- b. Lijdt aan een voedselallergie
- c. Lijdt aan een resorptiestoornis
- d. Lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop of
- e. Daarop bent aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Dieetpreparaten

Een dieetpreparaat is een medische voeding met een andere vorm en een andere samenstelling dan normale voeding. Er zijn verschillende soorten, onder andere drinkvoeding en sondevoeding.

In drinkvoeding zijn bijvoorbeeld extra energie, eiwitten, vetten of vitamines en mineralen opgenomen.

Sondevoeding is speciale voeding die via een dun slangetje (een sonde) door de neus of buikholte direct naar de maag of darm gaat.

Dieetproduct

Een dieetproduct is een voedingsmiddel met een andere samenstelling. Voorbeelden zijn glutenvrije of zoutarme producten. Deze producten vergoeden wij niet.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. In het Reglement farmaceutische zorg zijn een aantal drinkvoedingen, puddingen en vla met verschillende smaken aangewezen als voorkeursproduct. Voor deze voorkeursproducten geldt het eigen risico niet. U kunt ook kiezen voor andere producten. Dan het geldt het eigen risico wel. U vindt het Reglement farmaceutische zorg op onze website. Wij kunnen de lijst met voorkeursproducten tussentijds wijzigen. Kijk voor meer informatie over het eigen risico in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een apotheker, apotheekhoudend huisarts of een door ons aangewezen zorgaanbieder. Voor sondevoeding kunt u alleen terecht bij een medisch speciaalzaak ook wel een facilitair bedrijf genoemd.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.