



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, magistrale bereiding, rationele farmacotherapie, taperingstrips,
venlafaxine

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019 en 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en
bijlage 1 en 2 Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019 en 2020

Zaaknummer : 202001060

Zittingsdatum : 14 april 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 3 juli 2020 heeft verzoekster per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 oktober 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 29 oktober 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 26 november 2020 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) per brief aan de commissie het voorlopig advies (zaaknummer: 2020046795) uitgebracht. Een kopie is op 4 december 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 april 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Op 4 mei 2021 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is op 11 mei 2021 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Op 11 mei 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief verklaard dat hij zich kan vinden in het advies van het Zorginstituut. Van verzoekster is geen reactie ontvangen.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was 2019 en 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend** en Aanvullend Tand** (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster wenste het gebruik van het middel venlafaxine af te bouwen door gebruik te maken van taperingstrips. Op 9 december 2019 heeft zij met het daarvoor bestemde aanvraagformulier de ziektekostenverzekeraar verzocht een machtiging te verlenen voor taperingstrips venlafaxine 75 mg naar 37,5 mg en 37,5 mg naar 0 mg.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 december 2019 per brief aan verzoekster meegedeeld dat de taperingstrips venlafaxine 37,5 mg tot 0 mg op grond van de zorgverzekering worden vergoed. Op 25 januari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat de taperingstrips venlafaxine 75 mg tot 37,5 mg niet voor vergoeding in aanmerking komen.

- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de afwijzende beslissing gevraagd. Op 19 maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. De behandelend apotheker heeft in een ongedateerd overzicht weergegeven op welke wijze verzoekster het gebruik van het middel venlafaxine heeft afgebouwd:
"(...)
04-10-19: Venlafaxine 75-37,5mg
12-11-19: Venlafaxine 37,5-0 mg
25-11-19: Venlafaxine 15mg in 3x 5mg tabletten
11-12-19: Venlafaxine 15mg in 3x 5mg tabletten
17-01-20: Venlafaxine 15mg in 1x 10 mg, 2x 2mg en 1x 1mg tabletten
04-02-20: Venlafaxine 15mg in 1x 10 mg tabletten, 2x 2mg en 1x 1mg tabletten
11-03-20: Venlafaxine 15mg in 3x 5mg tabletten
16-04-20: Venlafaxine 10mg in 2x 5mg tabletten
14-05-20: Venlafaxine 10mg in 2x 5mg tabletten (...)"
- 3.6. Op 26 november 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:
"(...) Verweerder heeft de taperingstrip van 37,5 mg naar 0 mg vergoed. Het geschil betreft de vraag of sprake is van rationele farmacotherapie bij het afbouwen van 75 mg naar 37,5 mg venlafaxine in 28 dagen en de toepassing van stabilisatiedoseringen venlafaxine van 20 mg gedurende een maand, 15 mg gedurende twee maanden en 10 mg gedurende drie maanden.

Multidisciplinair document

In september 2018 heeft de beroepsgroep (KNMP, NHG, NVvP) in samenwerking met de patiëntenorganisatie MIND een multidisciplinair document ontwikkeld over de afbouw van antidepressiva. Het document geeft handvatten voor de afbouw van SSRI's en SNRI's. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen patiënten met en zonder risicofactoren voor antidepressivumdiscontinueringssyndroom (ADS). Voor beide groepen zijn voorbeelden gegeven over afbouwschema's. Een afbouwschema waarin venlafaxine in 28 dagen van 75 mg naar 37,5 mg wordt afgebouwd en waarvoor apotheekbereidingen nodig zijn wordt in het multidisciplinair document niet vermeld. Eveneens worden stabilisatiedoseringen, waarbij de patiënt de afbouw tijdelijk pauzeert en gedurende een maand of langer eenzelfde dosering blijft gebruiken, niet genoemd.

Literatuursearch

Het Zorginstituut heeft op 17 november 2020 een literatuursearch uitgevoerd in PubMed. Het doel van deze literatuursearch is om publicaties te vinden met daarin bewijs over de werkzaamheid en effectiviteit van het afbouwen van venlafaxine van 75 mg naar 37,5 mg in 28 dagen met behulp van apotheekbereidingen en de toepassing van stabilisatiedoseringen voor de duur van één tot drie maanden om een afbouwschema meer geleidelijk te laten verlopen. Er werden in totaal 17 artikelen gevonden, zie bijlage 1 voor de literatuurlijst. Er is geen enkele publicatie gevonden die informatie geeft over een soortgelijke wijze van afbouwen van verzoekster. De gevonden literatuur biedt ook geen nieuwe inzichten dan die al in het multidisciplinaire document zijn genoemd.

Het individuele geval

Afbouwen met kleinere tussenstappen dan mogelijk is met geregistreerde doseringen kan in sommige individuele gevallen aangewezen zijn. Er is dan wetenschappelijk bewijs nodig dat de verzekerde niet kan afbouwen met gebruik van geregistreerde doseringen in een afbouwschema zoals voorgesteld in de richtlijnen. Verzoekster heeft jarenlang venlafaxine gebruikt. Verzoekster geeft aan dat zij bij de afbouw van twee verschillende soorten antidepressiva vrij heftige bijwerkingen ervoer. Daarnaast geeft verzoekster aan dat verschillende wetenschappelijke onderzoeken uitwijzen dat de kans op bijwerkingen, dan wel terugval, bij het afbouwen groter is naarmate iemand langer antidepressiva heeft gebruikt.

Verzoekster wil venlafaxine daarom langzaam afbouwen. Dit is in overleg met haar arts besloten. De huisarts van verzoekster verklaart dat het voor verzoekster gewenst is haar medicatie af te bouwen middels taperingstrips gezien haar verleden met eerdere afbouw.

Volgens het multidisciplinair document is mislukken van eerdere stoppogingen inderdaad één van de risicofactoren voor het optreden van ADS. In het multidisciplinair document staat dat bij aanwezigheid van risicofactoren voor ADS een keuze voor een meer geleidelijk afbouwschema gemaakt kan worden. Om een meer geleidelijk afbouwschema vorm te geven, zijn apotheekbereidingen nodig. In het multidisciplinair document staan voorbeelden van afbouwschema's voor verschillende SSRI's en SNRI's (waaronder venlafaxine) waarbij wordt afgebouwd vanaf de minimaal effectieve dosering (75 mg in het geval van venlafaxine). Hieruit blijkt dat afbouwen van 75 mg naar 37,5 mg is vorm te geven met behulp van geregistreerde doseringen. Ook bij aanwezigheid van risicofactoren voor ADS.

Daarnaast blijkt uit het dossier dat verzoekster moeilijkheden ervoer bij het afbouwen van 37,5 mg venlafaxine naar 0 mg en daardoor driemaal de afbouw tijdelijk pauzeerde, namelijk bij 20 mg, 15 mg en 10 mg. De huisarts verklaart dat verzoekster veel klachten had bij bepaalde stappen. Een onderbouwing voor deze wijze van afbouwen ontbreekt echter.

Conclusie

Het Zorginstituut concludeert dat de werkzaamheid en effectiviteit van het afbouwschema van 75 mg naar 37,5 mg venlafaxine in 28 dagen met behulp van apotheekbereidingen niet blijkt uit wetenschappelijke literatuur. Daarnaast blijkt uit het multidisciplinaire document dat afbouwen van 75 mg naar 37,5 mg is vorm te geven met behulp van geregistreerde doseringen. Er is dan ook geen sprake van rationele farmacotherapie. Ook is geen sprake van rationele farmacotherapie bij de toepassing van stabilisatiedoseringen voor de duur van één tot drie maanden om een afbouwschema meer geleidelijk te laten verlopen. De effectiviteit en werkzaamheid blijkt niet uit wetenschappelijke literatuur. (...)"

- 3.7. In een ongedateerde brief heeft de behandelend huisarts over verzoekster verklaard:
"(...) In september 2019 heb ik met patiënte besproken dat zij graag haar efexor wilde afbouwen. Daarbij zijn het gebruik van taperingsstrips ook besproken. Patiënte gaf aan de afbouw van 75 mg naar 37,5 mg ook gecontroleerd te doen met behulp van taperingsstrips. De start van de afbouw is onder begeleiding van een psychiater begonnen, het vervolg heb ik als huisarts op mij genomen. In november 2019 is zij gestart met een strip van 37,5 naar 0 mg. Bij 15 mg kreeg patiënte meer klachten van vermoeidheid en paniekaanvallen, waardoor we de afbouw tijdelijk hebben gestabiliseerd op 15 mg. In maart toch verder kunnen afbouwen naar 10 mg. In verband met andere somatische klachten en slaapproblemen zijn we even op 10 mg gebleven. Deze dosering is stabiel gebleven tot begin juni ivm stabilisatie van haar klachten; zij is weer begonnen met afbouwen van 10 naar 0 mg. Zij is eind juni helemaal afgebouwd.
Het afbouw proces hebben we dus telkens tijdelijk moeten stopzetten in verband met klachten bij het afbouwen, waardoor we gedwongen waren dit wat geleidelijke aan te doen. (...)"
- 3.8. Het Zorginstituut heeft op 4 mei 2021 per brief verklaard:
"(...) Naar aanleiding van het voorlopig advies van het Zorginstituut heeft de huisarts van verzoekster een nadere toelichting gegeven over het afbouwen van venlafaxine. In een eerdere brief d.d. 22 september 2020 werd alleen genoemd dat de 'afbouw stagneerde in verband met klachten', maar werden de klachten niet gespecificeerd. In de brief d.d. 22 maart 2021 benoemt de huisarts weliswaar de klachten van verzoekster tijdens het afbouwen maar een onderbouwing voor de wijze van afbouwen ontbreekt nog steeds. De conclusie van het voorlopig advies dat geen sprake is van rationele farmacotherapie wijzigt daarom niet. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de taperingstrips, die zij heeft gebruikt om het middel venlafaxine af te bouwen, moet vergoeden.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

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

Zorgverzekering

- 6.2. De aanspraak op geneesmiddelen is geregeld in artikel 2.8 Bzv. Artikel 5 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd.

- 6.3. Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen die in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) zijn opgenomen alsmede bepaalde niet-onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen, komen voor vergoeding in aanmerking. Dit volgt uit artikel 2.8, eerste lid, onder a, Bzv. Deze geneesmiddelen zijn vermeld op bijlage 1 en bijlage 2 Rzv. Niet geregistreerde geneesmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als het gaat om (i) geneesmiddelen die zijn bereid door een apotheek of (ii) geneesmiddelen die op verzoek van een arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm van de Geneesmiddelenwet of (iii) geneesmiddelen die in de handel zijn in een ander land en bestemd zijn voor een patiënt die lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Verder geldt de eis dat sprake moet zijn van rationele farmacotherapie. Dit houdt in de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënte geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering. Dit volgt uit artikel 2.8, eerste lid, onder b, Bzv.

- 6.4. De commissie overweegt dat het middel venlafaxine is opgenomen in het GVS en hieruit volgt dat tabletten met de sterktes 75mg, 37,5mg, 5mg en 1mg op grond van de zorgverzekering worden vergoed. Afbouw van het gebruik van het middel kan plaatsvinden overeenkomstig tabel 3 van het 'Multidisciplinair document afbouwen SSRI's & SNRI's' (hierna: het multidisciplinair document). Uit deze tabel is af te leiden dat het gebruik van venlafaxine als volgt dient te worden afgebouwd van 75mg naar 0mg:

Week 1: 75 mg naar 37,5 mg
Week 2: 37,5mg naar 20 mg
Week 3: 20 mg naar 12 mg
Week 4: 12 mg naar 7 mg
Week 5: 7 mg naar 5 mg
Week 6: 5 mg naar 3 mg
Week 7: 3 mg naar 2 mg
Week 8: 2 mg naar 1 mg
Week 9: 1 mg naar 0 mg
Week 10: 0 mg

Voor deze afbouw kan gebruik worden gemaakt van (combinaties) van de in het GVS opgenomen geregistreerde varianten.

- 6.5. Uit het door verzoekster overgelegde afbouwschema en de verklaring van de behandeld apotheker hieromtrent blijkt dat het hiervoor genoemde afbouwschema niet is gevolgd. De afbouw van 75 mg naar 37,5 mg heeft namelijk plaatsgevonden in een aantal weken, te weten in de periode van 20 oktober 2019 tot 16 november 2019. Voorts blijkt hieruit dat het gebruik van venlafaxine eerst is afgebouwd van 37,5mg tot 20 mg in de periode van 17 november 2019 tot 6 januari 2020 en in de hierop volgende periode verder is afgebouwd tot 0 mg op 17 juni 2020.
- 6.6. De door verzoekster gebruikte taperingstrips zijn magistraal bereid. Een magistraal bereid middel kan onder de dekking van de zorgverzekering vallen als sprake is van rationele farmacotherapie als bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onder b, Rzv. Hiervoor moet onder andere komen vast te staan dat het voorgeschreven middel werkzaam en effectief is bij de behandeling van de aandoening waar betrokkene aan lijdt. De werkzaamheid en effectiviteit moeten zijn onderbouwd in wetenschappelijke literatuur.
- 6.7. In het multidisciplinair document is vermeld dat het onderbreken of abrupt staken van antidepressiva - zoals venlafaxine - kan leiden tot een complex fysiologisch en neuropsychiatrisch syndroom aangeduid als het antidepressivumdiscontinueringssyndroom (ADS) en dat op basis van ervaringen en het optreden van ADS de snelheid van afbouw kan worden aangepast en/of eventueel tussenliggende doseringen kunnen worden toegevoegd. In dat geval dient te worden aangetoond dat het gevolgde afwijkende afbouwschema voldoet aan de eis van rationele farmacotherapie. In dit verband heeft het Zorginstituut een literatuursearch in PubMed uitgevoerd met als doel publicaties te vinden met daarin bewijs over de werkzaamheid en effectiviteit van het afbouwschema dat verzoekster heeft gevolgd. De uitkomst van deze literatuursearch is beschreven in het advies van het Zorginstituut van 26 november 2020. Hieruit volgt dat er geen wetenschappelijke publicaties zijn gevonden die de bewezen werkzaamheid en effectiviteit van het door verzoekster gevolgde afbouwschema onderschrijven. Hetzelfde geldt voor het gebruik van stabilisatiedoseringen. Dit betekent dat geen sprake is van rationele farmacotherapie en dat de aan verzoekster geleverde taperingstrips niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 6.8. De commissie overweegt dat het op de weg van verzoekster ligt aan te tonen dat het magistraal bereide middel voldoet aan de eis van rationele farmacotherapie. Hierin is zij niet geslaagd. Het enkele feit dat een bepaald middel door een arts wordt voorgeschreven, of dat de arts en apotheker hiermee positieve ervaringen hebben, betekent namelijk niet dat de werkzaamheid en effectiviteit hiervan ook wetenschappelijk is aangetoond. Ook de verklaring van de huisarts kan in dit verband niet tot een andere uitkomst leiden.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor taperingstrips, zodat het verzoek niet op grond van deze verzekering kan worden toegewezen.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 juni 2021

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

4 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

- levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding;
- het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;
- 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 of bij ons opvragen. 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 kijken wij af van dit artikel onder a en artikel 2.1 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

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 31 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

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. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. 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.



Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

5 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;
- 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 of bij ons opvragen.

U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:

- 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
- 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
- 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
- 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". Uiteraard kunt u deze informatie ook bij ons opvragen.

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! Ontvangt u farmaceutische zorg van een apotheek met wie wij geen contract hebben? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een apotheek die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

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



Mond en tanden (mondzorg)

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

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

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.

Let op! In andere gevallen valt orthodontie niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende verzekering afsluiten.

N.B. Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar.



Besluit zorgverzekering

Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
 - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
 - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
 - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet, of
 - 3°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
 - c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
2. Farmaceutische zorg omvat geen:
 - a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
 - b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
 - c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
 - e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet.
3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.
4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.
5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.

In die ministeriële regeling wordt tevens de aanvraagprocedure voor de aanwijzing geregeld, worden regels gesteld met betrekking tot de systematiek van de indeling in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen en worden regels gesteld met betrekking tot de vaststelling van een vergoedingslimiet voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.
6. In afwijking van het vijfde lid kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat voor bij die regeling aangewezen groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen de vergoedingslimiet kan worden herberekend of buiten werking kan worden gesteld.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.5

1. In bijlage 1 bij deze regeling worden genoemd:
 - a. de op grond van artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
 - b. de op grond van artikel 2.1, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen.
2. In bijlage 2 bij deze regeling worden vermeld:
 - a. categorieën van geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, waarvoor de farmaceutische zorg slechts aflevering van dat geneesmiddel omvat indien voldaan is aan de bij die categorieën vermelde criteria;
 - b. de voorwaarden waaronder en de termijn gedurende welke de farmaceutische zorg, bedoeld in de aanhef van artikel 2.8, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering de geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat.
3. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten behoren slechts tot de farmaceutische zorg indien voldaan is aan onderdeel 1 van bijlage 2 van deze regeling.