

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis zorgverzekeraar N.V. te Wageningen en Menzis N.V. te Wageningen
Zaak : Eigen risico, terhandstellingskosten, kosten begeleidingsgesprek
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artikelen 19 en 21 Zvw, artikelen 2.8 en 2.17 Bzv
Zaaknummer : 202102117
Zittingsdatum : 22 juni 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) Menzis zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 5 januari 2022 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,00 te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan. Op 2 februari 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 14 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 6 mei 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Verzoeker is op 22 juni 2022 door twee leden van de commissie gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 22 juni 2022 telefonisch meegedeeld niet te willen worden gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 500 (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij specificatie van 7 augustus 2021 een bedrag van € 106,95 aan verplicht eigen risico 2021 bij verzoeker in rekening gebracht. Dit eigen risico heeft betrekking op door de apotheek gedeclareerde kosten, waarvan de declaratienummers eindigen op 469, 467 en 735. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 30 augustus 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.3. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar bij specificatie van 14 oktober 2021 een bedrag van € 55,05 aan verplicht eigen risico 2021 bij verzoeker in rekening gebracht. Dit eigen risico heeft betrekking op door de apotheek gedeclareerde kosten, waarvan het declaratienummer eindigt op 650. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar ook om heroverweging van deze beslissing

gevraagd. Bij brief van 11 november 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij deze beslissing eveneens handhaaft.

4. Het geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar met de specificaties van 7 augustus 2021 en 14 oktober 2021 onterecht kosten voor de dienstverlening door de apotheek ten laste van zijn verplicht eigen risico 2021 heeft gebracht. Het gaat hierbij om de zogenoemde kosten voor de terhandstelling van geneesmiddelen en de kosten voor een begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel.

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 A17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering.

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

5.3. Voor zover het verzoek zich richt tegen het handelen van de apotheek is de commissie niet bevoegd. Uit het toepasselijke reglement volgt namelijk dat de commissie alleen klachten over ziektekostenverzekeraars behandelt.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw), het Besluit zorgverzekering (hierna: Bzv) en de Regeling zorgverzekering (hierna: Rzv) over het eigen risico en farmaceutische zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke bepalingen uit de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor farmaceutische zorg BR/REG-20128 (hierna: Bpfz) van de Nederlandse Zorgautoriteit en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. De terhandstelling en het begeleidingsgesprek door de apotheek maken deel uit van de verzekerde prestatie 'geneesmiddelen'. Dit staat zo in de bepaling 'geneesmiddelen' op pagina 27 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 2.8 Bzv. Verder blijkt uit het door verzoeker overgelegde polisblad dat hij in 2021 een verplicht eigen risico had van € 385,00. Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorg uit de zorgverzekering. Dit volgt uit de bepaling 'eigen risico' op pagina 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 19 Zvw. In afwijking hiervan is in de artikelen 21 Zvw en 2.17 Bzv geregeld dat bepaalde zorg en andere diensten (deels) buiten het verplicht eigen risico kunnen vallen. Deze uitzondering geldt echter niet voor de terhandstelling en het begeleidingsgesprek door de apotheek. Beide worden namelijk niet genoemd in de bepaling 'geen eigen risico' op de pagina's 9 en 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit betekent dat deze kosten voor de dienstverlening door de apotheek onder het verplicht eigen risico van verzoeker vallen.

6.3. Verzoeker stelt dat de apotheek ten onrechte kosten voor dienstverlening heeft gedeclareerd, omdat hiervan geen sprake is geweest. Er hoefde immers geen controle te worden gedaan op allergische reacties met andere medicatie, omdat dit al door de huisarts werd gedaan. Verder hebben, aldus verzoeker, geen begeleidingsgesprekken plaatsgevonden. De apotheker heeft over Miconazolnitraat enkel gezegd dat hij "niet te lang moest smeren, omdat de huid dan droog werd en mogelijk beschadigd zou raken". Verder is door de apotheker een poging gedaan het inhalatietoestel voor de Budeson toe te lichten totdat verzoeker duidelijk maakte dat hij dergelijke toestellen al eerder heeft gebruikt en hij hetzelfde toestel en de medicatie al kende, nu dit namelijk ook door zijn echtgenote wordt gebruikt. Daarom is het eigen risico ten onrechte aangesproken. Verzoeker stelt verder dat de zorgaanbieder voor zijn echtgenote, die elders is

verzekerd, dergelijke kosten niet in rekening brengt. Inmiddels is verzoeker van zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar veranderd.

De ziektekostenverzekeraar heeft naar voren gebracht dat hij naar aanleiding van de klacht van verzoeker contact heeft opgenomen met de apotheek. De apotheker heeft uitgelegd dat de medewerkers die de medicijnen afleveren, een aantekening/krabbel op het recept zetten als er een begeleidingsgesprek heeft plaatsgevonden en/of als er terhandstellingskosten in rekening gebracht mogen worden. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar door de apotheek aan hem gestuurde kopieën van de recepten, die zijn geregistreerd in het patiëntendossier van verzoeker (en overgelegd aan de commissie). Op basis van de ontvangen informatie is de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat de kosten voor de terhandstelling en de begeleidingsgesprekken terecht zijn gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit verband naar hetgeen is bepaald in de prestatiebeschrijvingsbeschikking farmaceutische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit en de Bpfz.

- 6.4. Zoals hiervoor onder 5.3 overwogen, is de commissie niet bevoegd te oordelen over het handelen van de apotheek. De zorgverzekering is een naturapolis, waarbij de kosten van de dienstverlening door de apotheek rechtstreeks zijn gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft de nota's dus niet vooraf gezien en hij heeft geen mogelijkheid gehad betaling hiervan te weigeren. Omdat de in geschil zijnde kosten zijn verrekend met zijn verplicht eigen risico, heeft verzoeker wel een financieel belang. De basis voor het in rekening brengen van het verplicht eigen risico ligt in de voorwaarden van de zorgverzekering. Met betrekking tot de zorgverzekering is de commissie wél bevoegd te oordelen. De vraag die nu ter beantwoording voorligt, is of er voor de ziektekostenverzekeraar reden bestond vergoeding van de gedeclareerde kosten voor de terhandstelling en de begeleidingsgesprekken te weigeren. De commissie overweegt hierover het volgende.
- 6.5. Gelet op de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) kan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) nadere regels stellen. In dat verband heeft de NZa de door de ziektekostenverzekeraar genoemde prestatiebeschrijvingsbeschikking farmaceutische zorg en de Bpfz opgesteld. In laatstgenoemd stuk zijn de prestaties en deelprestaties die mogen worden gedeclareerd door de apotheek benoemd. In artikel 5, eerste lid, Bpfz staat welke activiteiten de apotheek ten minste moet uitvoeren om kosten voor de terhandstelling te mogen declareren. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat de apotheek deze activiteiten niet heeft verricht. Dat verzoeker in die activiteiten (mogelijk) onvoldoende meerwaarde ziet, maakt dit niet anders. De commissie is dan ook van oordeel dat de kosten voor de terhandstelling terecht door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed en verrekend met het verplicht eigen risico.
- 6.6. Verder staat in artikel 5, derde lid, Bpfz welke activiteiten de apotheek minimaal moet uitvoeren om de prestatie 'terhandstelling en begeleidingsgesprek van een nieuw UR-geneesmiddel' te kunnen declareren. Indien de zorgaanbieder van mening is dat het begeleidingsgesprek bij de terhandstelling van een nieuw UR-geneesmiddel op zorginhoudelijke gronden niet noodzakelijk is, kan de zorgaanbieder besluiten geen gesprek te voeren en alleen de terhandstellingskosten in rekening te brengen. Dit staat zo beschreven in de toelichting bij de Bpfz.
- 6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft kosten vergoed voor terhandstelling en begeleidingsgesprekken in verband met eerste uitgifte van medicijnen en de ziektekostenverzekeraar heeft deze kosten ten laste van het eigen risico van verzoeker gebracht. Verzoeker stelt dat de begeleidingsgesprekken niet hebben plaatsgevonden en dat aan de in overweging 6.6 bedoelde minimumeisen van de Bpfz niet is voldaan. De ziektekostenverzekeraar heeft deze stelling van verzoeker gemotiveerd weerlegd door overlegging van stukken van de apotheek. Uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde scans van de apotheek kan worden opgemaakt dat de apotheker de begeleidingsgesprekken nodig achtte, omdat het voor het middel Budeson op 11 juni 2021 om een eerste uitgifte ging en op 22 juli 2021 eveneens voor de middelen Ketoconazol en Miconazolnitraat. Op basis van deze informatie en de op de scans weergegeven

parafen, acht de commissie het voorshands aannemelijk dat ten aanzien van deze medicijnen begeleidingsgesprekken hebben plaatsgevonden. Uit hetgeen verzoeker naar voren heeft gebracht valt het tegendeel hiervan niet af te leiden. Sterker nog, ter zitting heeft verzoeker verklaard dat hij een uitleg door de apotheker ten aanzien van deze voor het eerst af te leveren middelen niet nodig achtte, omdat zijn huisarts hierover al een uitleg had gegeven en hij voorts het middel Budeson zelf al kende. Bovendien heeft hij duidelijk gemaakt dat, in elk geval ten aanzien van de middelen Budeson en Miconazolnitraat de apotheker wel enige, zij het korte, uitleg heeft gegeven. Gelet op het voorgaande moet naar het oordeel van de commissie dan ook worden aangenomen en staat rechtens voldoende vast dat ten aanzien van de nieuw uitgegeven medicijnen - hoe kort mogelijk ook - begeleidingsgesprekken hebben plaatsgevonden. Om die reden was het de ziektekostenverzekeraar toegestaan de kosten van deze gesprekken te verrekenen met het nog openstaande verplicht eigen risico van verzoeker. Dat de kosten van deze gesprekken mogelijk niet in verhouding staan met de kosten van de afgeleverde geneesmiddelen, zoals door verzoeker ter zitting is betoogd, maakt dit niet anders, hoe begrijpelijk ook dat de verzoeker dit betoogt.

- 6.8. Verzoeker heeft nog gesteld dat de apotheek bij zijn vrouw geen kosten van terhandstelling en kosten voor een begeleidingsgesprek in rekening heeft gebracht. Ter onderbouwing van zijn stelling heeft verzoeker een rekening van 6 november 2021 overgelegd. Op deze rekening staat enkel een totaal bedrag aan eigen risico/eigen bijdrage. De rekening is verder niet gespecificeerd. Nu niet duidelijk is op welke zorgvorm de rekening ziet, laat de commissie dit punt verder rusten, mede in aanmerking nemende dat niet vaststaat dat de uitgifte aan de echtgenote van verzoeker onder gelijklopende omstandigheden is geschied als die aan verzoeker.
- 6.9. Tot slot is gesteld noch gebleken dat verzoeker het eigen risico voor 2021 al vol heeft gemaakt. Daarom is verzoeker gehouden de in geschil zijnde kosten van terhandstelling aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 juli 2022,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Menzis Basis

Hierna vindt u op alfabetische volgorde de zorg omschreven waarvoor u verzekerd bent.

Uw Basisverzekering

De overheid stelt het verzekerde pakket van de Basisverzekering vast. De Zorgverzekeringswet (het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering horen hierbij), is de basis voor deze verzekeringsvoorwaarden. In deze verzekeringsvoorwaarden hebben wij zo duidelijk mogelijk aangegeven waarvoor u verzekerd bent. In de verzekeringsvoorwaarden wordt soms verwezen naar het Verzekeringsreglement. Het Verzekeringsreglement is onderdeel van de verzekeringsvoorwaarden. Als er iets in deze verzekeringsvoorwaarden niet helemaal overeenkomt met de Zorgverzekeringswet, dan geldt voor u wat in de Zorgverzekeringswet staat. Als een andere wettelijke regeling kan zorgen voor betaling van dezelfde zorg, heeft u geen recht op die zorg vanuit uw Basisverzekering.

U kunt het Verzekeringsreglement downloaden op menzis.nl/reglement. U kunt het ook opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40. De Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering vindt u op wetten.overheid.nl.

Natura

U heeft gekozen voor Menzis Basis. Dit is een verzekering die bestemd is voor iedereen die in Nederland woont of daarbuiten en die een zorgverzekering moet sluiten. Menzis Basis is een naturaverzekering. Natura betekent dat u recht heeft op de zorg zelf (de tegenhanger van natura is restitutie: restitutie betekent dat u geen recht heeft op de zorg zelf, maar op vergoeding van de kosten van zorg en op bemiddeling om die zorg te krijgen). Op de volgende bladzijden staat alle zorg beschreven waarvoor u verzekerd bent.

Naar een gecontracteerde zorgaanbieder

Zorg in natura betekent dat u recht heeft op de zorg zelf. Daarom sluit Menzis overeenkomsten met zorgaanbieders over kwaliteit, prijs, toegankelijkheid en toegangstijden. Menzis heeft geregeld dat de nota rechtstreeks van de zorgaanbieder naar Menzis wordt gestuurd. In de volgende artikelen kunt u nalezen welk soort zorgaanbieder de zorg mag leveren. Een zorgaanbieder is bijvoorbeeld een ziekenhuis, medisch specialist, logopedist, fysiotherapeut, enzovoort.

Let op: het kan voorkomen dat het gecontracteerde aanbod verandert gedurende het jaar. Kijk altijd vooraf in de De Menzis Zorgvinder om te controleren of uw zorgaanbieder een contract heeft.

Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Kiest u voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, dan vergoedt Menzis de kosten tot een maximumbedrag. Menzis vergoedt 75% van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 75% van het bedrag dat Menzis gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd. Op menzis.nl/vergoedingen kunt u hierover meer informatie vinden. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. Op het te vergoeden bedrag worden eventueel verschuldigde eigen bijdragen en daarna verplicht en vrijwillig eigen risico in mindering gebracht.

Dan geldt een iets andere regel: u bent verzekerd voor hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Indicatie en doelmatigheid

Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.

Redelijke termijn en afstand

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen een redelijke afstand van uw huisadres. Wat redelijk is, hangt af van de vorm en de urgentie van de zorg. U heeft in elk geval recht op zorg binnen de termijn die medisch gezien als maximaal aanvaardbaar wordt beschouwd.

Eigen risico

U heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. In dat geval krijgt u een korting op de premiegrondslag. Deze korting bedraagt per maand bij een eigen risico van € 100 een bedrag van € 3, bij een eigen risico van € 200 een bedrag van € 6, bij een eigen risico van € 300 een bedrag van € 9, bij een eigen risico van € 400 een bedrag van € 12, bij een eigen risico van € 500 een bedrag van € 20.

Let op

Sommige behandelingen worden gedeclareerd met een *behandelcode*, in officiële woorden heet dat: DBC-zorgproduct (diagnose behandelcombinatie), bijvoorbeeld de zorg die u in een ziekenhuis krijgt. Een DBC-zorgproduct omvat alle activiteiten en verrichtingen die het ziekenhuis en de medisch specialist uitvoeren voor diagnose en behandeling. Voor een DBC-zorgproduct declareert het ziekenhuis één bedrag. Als een DBC-zorgproduct in 2 jaren achter elkaar valt, dan tellen de kosten van het DBC-zorgproduct mee voor het eigen risico van het jaar waarin het DBC-zorgproduct is begonnen (openingsdatum). Dus als een DBC-zorgproduct wordt geopend in 2021 en gesloten in 2022, dan tellen de kosten van het DBC-zorgproduct mee voor het eigen risico van het jaar 2021. Als na het sluiten van een DBC-zorgproduct een nieuw (vervolg)DBC-zorgproduct wordt geopend, dan moet u voor dat nieuwe DBC-zorgproduct opnieuw eigen risico betalen.

Geen eigen risico

Het (verplicht en vrijwillig) eigen risico geldt niet voor:

- verloskundige zorg en kraamzorg (voor de kosten van laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen en (ambulance)vervoer geldt het eigen risico wel). Zorg tijdens en na de bevalling valt onder verloskundige zorg, ongeacht de uitkomst van de zwangerschap (bijvoorbeeld een miskraam). Deze kosten vallen niet onder het eigen risico. Ook kosten die verband houden met het behandelen van aandoeningen die zich tot 6 weken na de bevalling voordoen en verband houden met de

zwangerschap, vallen niet onder het verplichte eigen risico,

- hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt (voor verbruiksartikelen van het hulpmiddel geldt het eigen risico wel),
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent,
- huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt, stoppen-met-rokenprogramma en gecombineerde leefstijlinterventie. Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht. Voor Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patientengroepen geldt het eigen risico ook,
- medicatiebeoordeling chronisch Uitsluitend Recept-geneesmiddelengebruik, als u naar een apotheker of huisarts gaat,
- verpleging en verzorging (wijkverpleging),
- zorg aan de donor nadat 13 weken of 26 weken (bij levertransplantatie) na de datum van ontslag uit een instelling waar de donor was opgenomen in verband met selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal zijn verstrekt, voor zover die zorg verband houdt met die opname.
- vervoer van de donor bij transplantatie dat wordt genoemd in het artikel 'Transplantatie, bij het 8e en 9e punt van de opsomming onder 'Welke zorg',
- nacontroles van de donor bij transplantatie, nadat de periode genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij het 7e punt van de opsomming onder 'Welke zorg', is verstrekt,
- medicatie en Nicotine vervangende middelen als onderdeel van een stoppen-met-rokenprogramma, als u deze betreft van een specifiek daarvoor gecontracteerde zorgaanbieder.

Als u een eigen bijdrage heeft of een eigen betaling doet, telt dat niet mee voor het eigen risico. Als de verzekering niet op 1 januari begint of eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast. Eerst wordt het verplicht eigen risico toegepast, daarna het vrijwillig eigen risico. Als Menzis uw zorgnota rechtstreeks betaalt aan een zorgaanbieder, betaalt u of verzekeringnemer (ter keuze van Menzis) het eigen risico en de eventueel betaalde eigen bijdrage aan Menzis. U of verzekeringnemer ontvangt dan een nota van Menzis. Het eigen risico of een eigen bijdrage is ook van toepassing als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Voorbeelden

1. U wordt op 20 november 18 jaar. Het eigen risico gaat dan gelden vanaf 1 december. Dat jaar is het eigen risico voor 31/365 deel van toepassing.
2. U heeft een eigen risico van € 385. U wordt behandeld in het ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Menzis vergoedt de kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U ontvangt dan een nota van Menzis van € 385.
3. U wordt op 20 december 2021 opgenomen in het ziekenhuis, en op 10 januari 2022 weer ontslagen. Het eigen risico wordt nu eenmaal toegepast in het jaar 2021.

Volgorde van de eigen betalingen

Op de vergoeding van een nota kunnen verschillende soorten eigen betalingen van toepassing zijn. De volgorde waarin deze worden toegepast, is als volgt:

1. van een ingediende nota wordt eerst het eventuele niet-verzekerde deel afgetrokken, daarna

regiebehandelaar. Op [menzis.nl](https://www.menzis.nl) vindt u het aanvraagformulier.

i Let op

Indien u geen vermelding van de diagnosecode op de declaratie wenst, maar de declaratie toch voor vergoeding in aanmerking wilt laten komen, is voorafgaand of uiterlijk bij de 1^e declaratie een verklaring nodig. U dient samen met uw behandelaar een verklaring te ondertekenen en naar Menzis op te sturen. Deze verklaring is te vinden op [menzis.nl/vergoedingen](https://www.menzis.nl/vergoedingen). De nota dient alle informatie te bevatten die volgens wet- en regelgeving vereist is (met uitzondering dus van de diagnosecode). Zie [menzis.nl](https://www.menzis.nl) voor deze vereisten.

Geneesmiddelen

Een geneesmiddel (of medicijn) is een stof die een bepaalde, gewenste werking op het lichaam uitoefent. Geneesmiddelen zijn er in allerlei vormen, zoals tablet, injectievloeistof, zetpil, pleister. Er zijn duizenden geneesmiddelen op de markt. Om een geneesmiddel op de markt te mogen brengen, heeft de producent een handelsvergunning nodig. Die vergunning wordt alleen verleend als het (merk- of merkloze) geneesmiddel voldoet aan strenge kwaliteitseisen.

Welke zorg

Geregistreerde geneesmiddelen

Met uitzondering van de uitgesloten middelen bedoeld onder het kopje 'Preferentiebeleid', heeft u recht op alle geneesmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke geneesmiddelen dat zijn, is te vinden in Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op [overheid.nl](https://www.overheid.nl). Als u wilt weten of een bepaald geneesmiddel op deze lijst staat, kunt u ook contact opnemen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Niet geregistreerde geneesmiddelen

U heeft recht op geneesmiddelen die in de apotheek zelf zijn bereid. Ook heeft u recht op geneesmiddelen die uw arts voor gebruik door u bestelt, als dit geneesmiddel in Nederland is bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, 1^e lid, onder mm van de Geneesmiddelenwet. Indien het gaat om een bestelling van een geneesmiddel dat in Nederland niet in de handel is maar wel in een ander land, is dit slechts toegestaan als u lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. In alle gevallen moet het gaan om rationale farmacotherapie. Dat wil zeggen dat behandeling plaatsvindt met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en de effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering.

Advies en begeleiding

In deze zorg is het advies van en de begeleiding door degene die u het geneesmiddel ter hand stelt, inbegrepen.

i Let op

Er gelden beperkingen ten aanzien van: preferentiebeleid, indicatie, plaats van toediening en maximale periode.

Preferentiebeleid

Ieder geneesmiddel heeft een werkzame stof. U heeft recht op alle werkzame stoffen die voorkomen in de geneesmiddelen in bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. Vaak zijn er verscheidene geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof op de markt. Bij sommige geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en dezelfde toedieningsvorm heeft u alleen recht op die geneesmiddelen die door Menzis zijn aangewezen. Dit zijn de zogenaamde preferente geneesmiddelen. Voor welke werkzame stoffen preferente geneesmiddelen zijn aangewezen en welke geneesmiddelen dat zijn, vindt u in het Verzekeringsreglement. In uitzonderingsgevallen kan het voorkomen dat behandeling met een preferent geneesmiddel medisch niet verantwoord is. Dan heeft u recht op een ander geneesmiddel uit Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op overheid.nl.

Let op

U heeft alleen recht op een spécialité (merkgeneesmiddel) als vaststaat dat u niet met een generiek (merkloos) geneesmiddel anders dan het preferente geneesmiddel behandeld kunt worden. U hoeft niet meer dan 2 generieke geneesmiddelen te proberen.

Preferente geneesmiddelen

Als behandeling met een preferent geneesmiddel niet medisch verantwoord is en u dus een ander, niet-preferent, geneesmiddel wilt gebruiken, heeft u voorafgaande toestemming nodig. Als u naar een apotheker gaat waarmee Menzis een overeenkomst heeft gesloten, geeft deze apotheek u het geneesmiddel meteen mee als u een door een arts ondertekend recept inlevert waarop de arts 'medisch noodzakelijk' of MN heeft geschreven. Of als u samen met het recept een door uw huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts, ingevulde verklaring inlevert. Gaat u naar een apotheker waarmee Menzis geen overeenkomst heeft gesloten dan vraagt u met het Aanvraagformulier farmaceutische zorg toestemming aan Menzis. Bij dit formulier moet u een gemotiveerde toelichting van uw arts sturen. Als het gaat om medicatie die u voor het eerst gebruikt, heeft u de 1^e 15 dagen ook zonder toestemming van Menzis recht op het geneesmiddel. U moet dan wel binnen die 15 dagen een aanvraag voor toestemming bij Menzis indienen. Als u de aanvraag niet tijdig indient, of als gebruik van het preferente middel volgens Menzis wel medisch verantwoord is, heeft u na de 15^e dag geen recht meer op het niet-preferente geneesmiddel.

Indicatie

Op sommige geneesmiddelen heeft u alleen recht als u een indicatie heeft die in de wettelijke regeling is omschreven. U vindt deze geneesmiddelen en indicaties in Bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op overheid.nl. Voor sommige geneesmiddelen die op Bijlage 2 staan gelden ook andere voorwaarden, die u vindt in het Verzekeringsreglement. U kunt het Verzekeringsreglement vinden op menzis.nl of opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Plaats van toediening

Sommige geneesmiddelen mogen alleen in een ziekenhuis worden toegediend en/of ter hand gesteld, tenzij Menzis toestemming heeft gegeven voor toediening en/of terhandstelling elders. In tabel 2 in het Verzekeringsreglement staan deze geneesmiddelen vermeld. De geneesmiddelen die in tabel 3 van het Verzekeringsreglement staan, mogen alleen in een ziekenhuis worden toegediend en/of ter hand gesteld. Toediening of terhandstelling buiten het ziekenhuis is niet verzekerd. In het Verzekeringsreglement staat ook wat onder een ziekenhuis wordt verstaan.

Minimale- en maximale afleverperiode voor geneesmiddelen

Het recept van de arts en de voorgeschreven hoeveelheid geneesmiddel is leidend voor de hoeveelheid geneesmiddelen die afgeleverd wordt door uw apotheek, tenzij deze boven de onderstaande hoeveelheden uitkomen. Een andere reden kan zijn dat de houdbaarheid van een geneesmiddel ervoor zorgt dat u slechts een deel meekrijgt. De apotheker zal dit altijd met u overleggen.

- Een nieuw voorgeschreven geneesmiddel krijgt u voor 15 dagen mee. Of u krijgt de kleinste geneesmiddelenverpakking. Als het gaat om een geneesmiddel waarvoor het preferentiebeleid geldt, krijgt u de kleinste verpakking van dat preferente geneesmiddel mee.
- Voor de anticonceptiepil geldt een aflevertermijn van 3 maanden voor een nieuw voorgeschreven geneesmiddel. Daarna geldt een termijn van 6 of 12 maanden naar keuze van de verzekerde in overleg met de apotheker of apothekersassistente.
- Bij geneesmiddelen die duurder zijn dan € 1.000 per maand wordt na de 1^e uitgifte maximaal voor een periode van 1 maand afgeleverd. Bij hiv-medicatie geldt dat na een instelperiode van 3 maanden voor een periode van maximaal 3 maanden mag worden afgeleverd.
- Tenminste 3 maanden en ten hoogste 6 maanden voor alle geneesmiddelen, die u langdurig moet gebruiken (voor chronisch gebruik). Tenminste 3 maanden en ten hoogste 12 maanden voor merkloze geneesmiddelen en geneesmiddelen die in het Menzis preferentiebeleid zijn opgenomen (voor chronisch gebruik).
- 1 maand voor slaapmiddelen en kalmeringsmiddelen.
- Bij geneesmiddelengebruik tijdens intensieve zorg thuis (farmaceutische zorg tijdens de palliatieve en terminale fase), geldt in principe een periode van 15 dagen. Er kan ook in overleg tussen verzekerde, (huis)arts, wijkverpleegkundige en apotheker een maatwerkafpraak worden gemaakt.
- Minimaal 1 maand voor alle andere gevallen.

Eigen bijdrage

Het kan zijn dat u een eigen bijdrage moet betalen. In bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering staan alle geneesmiddelen waar u recht op heeft. Deze bijlage heeft een onderdeel A en een onderdeel B. In onderdeel A staan alle geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet is vastgesteld. Als u een geneesmiddel gebruikt dat meer kost dan de vergoedingslimiet, moet u het gedeelte dat hoger is dan de limiet zelf betalen. Dit geldt ook als het geneesmiddel dat u gebruikt is bereid uit een geneesmiddel dat meer kost dan de vergoedingslimiet. U hoeft niet meer dan € 250 aan eigen bijdragen voor geneesmiddelen per kalenderjaar te betalen. Als het geneesmiddel dat u gebruikt in onderdeel B staat, is er geen vergoedingslimiet.

Let op

De eigen bijdrage is niet hetzelfde als het eigen risico. U betaalt beide.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op geneesmiddelen:

- in gevallen die zijn aangegeven in de Regeling zorgverzekering,
- in geval van ziekterisico bij reizen,
- voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, 3^e lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet,
- die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij het een apotheekbereiding is van een geneesmiddel opgenomen in Bijlage 3, onderdeel A, van de

Regeling zorgverzekering, of het een apotheekbereiding van een geneesmiddel betreft waarover de Minister blijkens bijlage 1 en 3 van de Regeling zorgverzekering nog geen besluit tot opname in het verzekerde pakket heeft genomen,

- die opgenomen zijn op Bijlage 3, onderdeel B, van de Regeling zorgverzekering,
- als bedoeld in artikel 40, 3^e lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor geneesmiddelen naar een apotheek of een apotheekhoudend huisarts. Menzis heeft apotheken en apotheekhoudende huisartsen gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Recept

U heeft een recept nodig van een huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts. Of van een specialist ouderengeneeskunde als u gebruikmaakt van eerstelijnsverblijf (ELV).

Toestemming

Voor sommige geneesmiddelen heeft u voorafgaande toestemming nodig. Welke geneesmiddelen dat zijn, vindt u in het Verzekeringsreglement in tabel 1. Uw arts kan een bij dit geneesmiddel horende artsenverklaring invullen. Hiervoor zijn speciale formulieren, die u kunt vinden op znformulieren.nl. Als u met deze artsenverklaring naar een apotheek gaat waarmee Menzis een overeenkomst heeft gesloten, beoordeelt de apotheker of u recht heeft op het geneesmiddel. U hoeft dan niet eerst aan Menzis toestemming te vragen. Gaat u voor het geneesmiddel naar een apotheek waarmee Menzis geen overeenkomst heeft gesloten, dan moet u wel eerst toestemming vragen aan Menzis.

Huisartsenzorg

De huisarts is het 1^e aanspreekpunt als u vragen over gezondheid en ziekte heeft. Huisartsenzorg is vrij toegankelijk en persoonsgericht. In de avond, nacht, of het weekend kunt u hulp krijgen bij een huisartsenpost.

Welke zorg

U heeft recht op :

- huisartsenzorg, behalve de griepvaccinatie,
- door de huisarts aangevraagd laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek,
- medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundige domein, waarover Menzis en de huisarts afspraken hebben gemaakt,
- zorg voor psychische klachten. De huisarts verzorgt de 1^e opvang indien u psychische klachten heeft en beoordeelt of hij u zelf kan behandelen of dat u verwezen moet worden naar de generalistische basis GGZ (GBGGZ) of naar de gespecialiseerde GGZ (SGGZ),
- ketenzorg die bekostigd wordt op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Met welke huisartsen Menzis afspraken heeft gemaakt, vindt u op menzis.nl/zorgvinder. Ketenzorg is een zorgprogramma speciaal voor mensen met diabetes type 2, COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) en VRM (Vasculair Risicomanagement) waaraan meerdere zorgaanbieders deelnemen, waardoor de zorg beter op elkaar afgestemd is. De zorg is

- u kunt dat doen op Mijn Menzis, of met de declaratie-app,
- Menzis kan u vragen de originele nota alsnog in te sturen,
- de originele nota moet u 3 jaren bewaren.

U kunt een nota per post indienen:

- het moet het origineel van de nota zijn, geen kopie, duplicaat of aanmaning,
- een nota wordt niet aan u teruggestuurd.

Let op

Spaar uw nota's liever niet op. U kunt een nota het beste direct indienen.

Waaraan moet een nota voldoen:

- U moet de nota binnen 3 jaar na ontvangst ervan hebben ingediend. Als datum van ontvangst geldt de factuurdatum.
- Op uw nota moet voldoende informatie staan om vast te stellen of u recht heeft op vergoeding.
- Als een nota niet is opgesteld in het Nederlands, Engels of Duits, kan Menzis u vragen een vertaling van de nota te sturen. De vertaling moet plaatsvinden door een beëdigd vertaler. U moet de vertaling zelf betalen.

Betaling van een nota:

- Voor alle verzekeringen (Basisverzekeringen, aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen) op de zorgpolis geldt het volgende: Menzis mag elke vergoeding aan iedere verzekerde genoemd op de zorgpolis uit elke verzekering verrekenen met elke vordering van Menzis uit elke verzekering op iedere verzekerde genoemd op de zorgpolis.
- Als u een nota indient, zonder aan te geven op welk rekeningnummer de vergoeding moet worden uitbetaald, zal Menzis die vergoeding uitbetalen op het bij Menzis bekende rekeningnummer van de verzekeringnemer.
- Een nota in buitenlandse valuta rekent Menzis om in euro's. Dat gebeurt tegen de omrekenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de nota is uitgeschreven.
- Als Menzis een vergoeding rechtstreeks betaalt aan de zorgaanbieder, vervalt daarmee de plicht aan u te vergoeden.
- Een vergoeding van zorg van een niet-gecontracteerde aanbieder wordt uitsluitend betaald op een bankrekening die op naam staat van de verzekerde of, bij het ontbreken daarvan, een bankrekening die op naam staat van de verzekeringnemer. De verzekeringnemer of de verzekerde kan geen andere bankrekening aanwijzen waarop de betaling moet plaatsvinden.
- De overdraagbaarheid van vorderingsrechten, die voor verzekerde en/of verzekeringnemer voortvloeien uit een met Menzis gesloten verzekeringsovereenkomst, is uitgesloten. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

A17 Klachten en geschillen

Als u niet tevreden bent over onze dienstverlening, wil Menzis dit graag van u weten. Hoe pakt u dat dan aan en bij wie moet u zijn?

Hoe pakt u dat aan?

- U vult het online klachtenformulier op menzis.nl/klachtafhandeling in waarin u kunt aangeven waarover u ontevreden bent en waarom. Heeft u hulp nodig bij het invullen van dit formulier, belt u dan onze Klantenservice op 088 222 40 40.
- U kunt het formulier sturen naar de afdeling Klachtenmanagement.
- Menzis zal uw klacht in behandeling nemen en beantwoorden.
- Als u het niet eens bent met het antwoord van Menzis of binnen 30 dagen geen antwoord heeft gekregen, kunt u uw probleem voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).
- Informatie over de SKGZ kunt u vinden op skgz.nl. U kunt de SKGZ ook benaderen via het Europese platform voor online geschillenbeslechting. Informatie over dit platform kunt u vinden op ec.europa.eu/odr.
- De SKGZ zal uw probleem eerst voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. De Ombudsman probeert door bemiddeling voor een oplossing te zorgen. Als bemiddeling niet mogelijk is, of als de poging tot bemiddeling niet slaagt, kunt u uw probleem voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ.
- Behandeling door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen kost € 37. De behandeling door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen eindigt met een bindend advies. Aan dit advies moeten Menzis en u zich houden.
- Ook kunt u uw zaak voorleggen aan één van de volgende instanties:
 - als het gaat over formulieren: de Nederlandse Zorgautoriteit,
 - de burgerlijke rechter.

Let op

Voor klachten over premieachterstand, zie ook artikel A13.2.

Bij wie moet u zijn?

Als u niet precies weet bij wie u moet zijn, kan de afdeling Klachtenmanagement u daarbij helpen.

- Menzis, afdeling Klachtenmanagement, Postbus 75000, 7500 KC Enschede
- Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist
- Nederlandse Zorgautoriteit, t.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

A19 Molest

U heeft geen recht op zorg of vergoeding van kosten als deze het gevolg zijn van gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie. Deze 6 genoemde vormen van molest, evenals de definities daarvan, vindt u in de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gededoneerd onder nummer 136/1981.

A20 Terrorisme

Als 1 of meer terroristische handelingen plaatsvinden waardoor u zorg nodig heeft, geldt voor de Basisverzekering het volgende: Als de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij N.V. verwacht dat de totale schade die in een kalenderjaar als gevolg van zulke handelingen wordt gedeclareerd bij schade-, levens-, of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is, hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft u slechts recht op zorg of de

Artikel 1 Begripsbepalingen

In deze beleidsregel wordt, tenzij anders vermeld, verstaan onder:

ANZ-dienstverlening:

Er is sprake van Avond, Nacht, Zondag-dienstverlening indien de apotheek is geopend in het kader van een gecontracteerde dienstwaarneming en indien de zorgvraag binnen de onderstaande tijden binnenkomt en de zorgaanbieder de farmaceutische zorgverlening ook binnen deze tijden start:

Tussen 18.00 uur en 08.00 uur van de opvolgende dag, of;

Tussen 08.00 uur en 18.00 uur op een zondag, of;

Tussen 08.00 uur en 18.00 uur op Nieuwjaarsdag; Tweede Paasdag; Koningsdag; Hemelvaartsdag; Bevrijdingsdag in elk lustrumjaar (2020, 2025, etc.); Tweede Pinksterdag; beide Kerstdagen.

Begeleidingsgesprek nieuw UR-geneesmiddel:

Een 'begeleidingsgesprek nieuw UR-geneesmiddel' is het houden van een geprotocolleerd begeleidingsgesprek vóór de start van de betreffende farmacotherapie met de patiënt dan wel diens verzorger, waarbij de verwachtingen van de patiënt worden besproken. Aanvullende mondelinge en/of schriftelijke informatie wordt aan de patiënt aangeboden en zo nodig verstrekt. De handelingen worden vastgelegd in het digitale patiëntendossier.

Declaratie:

Het bedrag of de bedragen die in rekening zijn gebracht voor een geleverde prestatie aan de ziektekostenverzekeraar van de betreffende patiënt of aan de patiënt zelf.

Deelprestaties:

In bepaalde gevallen kunnen één of meer deelprestaties in rekening worden gebracht. Dit is aangegeven bij elke prestatie afzonderlijk. De deelprestaties kunnen alleen in rekening worden gebracht in combinatie met de betreffende prestatie.

Dienstverlening thuis:

Indien het noodzakelijk is voor het leveren van de prestatie dat de zorgaanbieder de patiënt persoonlijk ziet en spreekt en de patiënt om medische redenen niet of slechts zeer moeizaam naar de praktijk kan komen, kan de zorgaanbieder binnen de duur van de medische beperking een prestatie aan huis verrichten. Het uitvoeren van alleen activiteit 10 van de prestatie 'Terhandstelling van een UR-geneesmiddel' is van deze deelprestatie uitgesloten.

Digitale patiëntendossier:

Het digitale patiëntendossier is een softwaretoepassing waarin medische en farmaceutische patiëntengegevens en medicatiegegevens in digitale vorm bewaard en beschikbaar gemaakt worden.

Farmaceutische zorg:

Zorg zoals omschreven in artikel 3 (reikwijdte) van deze beleidsregel.

Geïndividualiseerde distributievorm (GDV):

Een GDV is een specifieke distributie- en verpakkingsvorm (zakjes, containers of een doos met vakjes), waarmee de apotheker overzicht en ordening voor de patiënt aanbrengt in diens geneesmiddelen. In de GDV zijn bij het op naam van de patiënt stellen van de geneesmiddelen, deze geneesmiddelen per dag en in de regel per tijdstip van inname geordend en gereed gemaakt in afzonderlijke compartimenteenheden.

Terhandstelling door middel van een GDV is bedoeld voor patiënten die niet in staat zijn zonder de GDV de terhandgestelde geneesmiddelen verantwoord bij zichzelf toe te dienen, dan wel te laten toedienen.

Prestatie:

Een prestatie omvat het leveren van farmaceutische zorg aan een patiënt.

Magistrale bereiding:

Een apotheekbereiding door of in opdracht van een apotheker in diens apotheek op kleine schaal, ten behoeve van terhandstelling in een apotheek, aan een vooraf geïdentificeerde patiënt, waaraan een individueel voorschrift ten grondslag ligt.

Recept:

Een door een met naam en werkadres aangeduide beroepsbeoefenaar¹ (ook wel: voorschrijver) opgesteld document waarin aan een persoon of instantie als bedoeld in artikel 61, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet een voorschrift wordt gegeven om een met zijn stofnaam of merknaam aangeduid geneesmiddel in de aangegeven hoeveelheid, sterkte en wijze van gebruik ter hand te stellen aan een te identificeren patiënt, en dat is ondertekend door de desbetreffende beroepsbeoefenaar (voorschrijver) dan wel, zonder te zijn ondertekend, met een zodanige code is beveiligd dat een daartoe bevoegde persoon of instantie de authenticiteit ervan kan vaststellen.

Terhandstelling:

Het rechtstreeks verstrekken of doen bezorgen van een UR-geneesmiddel aan de patiënt voor wie het UR-geneesmiddel is bestemd, dan wel diens verzorger, dan wel aan beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 36, veertiende lid, onderdeel a tot en met d, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, mondhygiënisten of optometristen die geneesmiddelen onder zich hebben ten behoeve van toediening aan hun patiënten.

UR-geneesmiddel:

Een geneesmiddel zoals is bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel s van de Geneesmiddelenwet.

Voorschrift:

De hoeveelheid, respectievelijk het aantal van elke afzonderlijke toedieningsvorm van één al dan niet samengesteld UR-geneesmiddel, voorgeschreven op één recept. Eén recept kan meerdere voorschriften bevatten.

¹ Als bedoeld in artikel 36, veertiende lid van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Een voorschrift bepaalt de voorschriftduur, de periode waarvoor het geneesmiddel wordt voorgeschreven door de combinatie van aangegeven hoeveelheid en wijze van gebruik (waaronder frequentie en hoeveelheid van inname). Het voorschrift bepaalt dus de maximale aflevertermijn van het geneesmiddel.

De term 'iter' of een soortgelijke aanduiding op het voorschrift geeft een herhaling aan. Het voorschrift geeft in dat geval ook aan hoe vaak het voorschrift herhaald wordt.

Ziektekostenverzekeraar:

- een zorgverzekeraar;
- een Wlz-uitvoerder;
- een particuliere ziektekostenverzekeraar, zijnde een financiële onderneming die ingevolge de Wet op het financieel toezicht in Nederland het bedrijf van verzekeraar mag uitoefenen.

Zorgaanbieder:

De natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig farmaceutische zorg verleent als bedoeld in artikel 1 lid 1 onderdeel c Wmg.

Artikel 5 Terhandstelling van een UR-geneesmiddel

1. Terhandstelling van een UR-geneesmiddel

Deze prestatie mag alleen per voorschrift in rekening worden gebracht, met uitzondering van geneesmiddelen als bedoeld in artikel 6.8 van de Regeling Geneesmiddelenwet (orale anticonceptiva, niet-orale anticonceptiva die UR-geneesmiddelen zijn, en insuline).

Om deze prestatie te kunnen declareren dienen alle onderstaande activiteiten tenminste te zijn uitgevoerd:

1. Beoordelen of het voorschrift leesbaar, authentiek, rationeel en doelmatig is.
2. Medicatiebewaking uitvoeren: beoordelen of de voorgeschreven farmacotherapie geschikt is voor de patiënt door te controleren op onvolkomenheden, onvolledigheden, onjuistheden of vergissingen ten aanzien van geneesmiddel, dosering, duur van behandeling, interacties, contra-indicaties, dubbelmedicatie en overgevoeligheid op basis van het actuele geneesmiddelengebruik van de patiënt (inclusief zelfzorgmiddelen).
3. Indien voorgeschreven farmacotherapie niet geschikt is: terugkoppelen naar of afstemmen met voorschrijver.
4. Het direct of indirect aan de patiënt verstrekken van mondelinge en schriftelijke relevante informatie (minimaal de bijsluiter) voorafgaand of tijdens de terhandstelling ter bevordering van goed geneesmiddelengebruik.
5. Het (geven van instructie voor het) toedieningsgereed maken van UR-geneesmiddelen voor patiënten die dat behoeven.
6. Controleren op inconsistenties van het ter hand te stellen geneesmiddel met het voorschrift vóór terhandstelling.
7. Controleren van correcte uitvoering van alle bovengenoemde activiteiten na de terhandstelling.
8. Het treffen van passende maatregelen bij vermoede of geconstateerde gebreken in de farmaceutische zorg- en dienstverlening.
9. Vastleggen van de relevante gegevens in het digitale patiëntendossier.
10. Terhandstellen van het UR-geneesmiddel.

Deze prestatie kan ook worden gedeclareerd als na uitvoering van activiteiten 1 tot en met 3 (in samenspraak met de voorschrijver) of 1 tot en met 4 (in samenspraak met de patiënt) weloverwogen is besloten het voorgeschreven UR-geneesmiddel niet ter hand te stellen en niet te vervangen door een ander UR-geneesmiddel. In alle andere gevallen waarbij geen sprake is van een terhandstelling kan deze prestatie niet worden gedeclareerd.

2. Terhandstelling door middel van een GDV

Er is sprake van 'Terhandstelling door middel van een GDV' wanneer geneesmiddelen in gezamenlijke besluitvorming met voorschrijver en patiënt worden ter hand gesteld voor een periode van een week of voor meerdere weken tegelijk voor een individuele patiënt door middel van een GDV.

Om deze prestatie te kunnen declareren, dienen de activiteiten uit artikel 5.1 'Terhandstelling van een UR-geneesmiddel' te zijn uitgevoerd, aangevuld met onderstaande activiteiten:

1. De vaststelling dat de patiënt niet in staat is zonder een GDV de terhandgestelde geneesmiddelen verantwoord bij zichzelf toe te dienen, dan wel te laten toedienen.
2. Indien de patiënt start met een GDV dient er een intakegesprek met patiënt dan wel diens verzorger plaats te vinden. Hierin:

- wordt gesproken over de redenen voor het starten van een GDV en het gebruik daarvan;
 - wordt geïnventariseerd welke andere (zelfzorg)medicatie de patiënt nog gebruikt (ook van andere afleveraars);
 - wordt gesproken over de dosering(sfrequentie) en innametijden.
3. Er vindt een periodieke evaluatie plaats van het gebruik en de medische noodzakelijkheid van een GDV conform de vigerende KNMP-richtlijn Geïndividualiseerde distributievormen.
 4. Aan de patiënt (of diens verzorger) en arts wordt verstrekt een actueel totaal medicatieoverzicht inclusief innametijdstippen, waardoor de patiënt (of diens verzorger) de individuele geneesmiddelen kan herkennen. Dit medicatieoverzicht dient te worden verstrekt op elk moment dat een voorschrift wijzigt. Indien de medicatie gewijzigd is, wordt de patiënt en diens verzorger over deze wijziging geïnformeerd.

De prestatie kan niet in rekening worden gebracht voor verzekerden die aanspraak hebben op farmaceutische zorg op grond van artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg (Wlz) (behandeling en verblijf in dezelfde instelling).

3. Terhandstelling en begeleidingsgesprek van een nieuw UR-geneesmiddel

Er is sprake van 'Terhandstelling en begeleidingsgesprek van een nieuw UR-geneesmiddel' indien alle activiteiten zoals genoemd in artikel 5.1 'Terhandstelling van een UR-geneesmiddel' of artikel 5.2 'Terhandstelling door middel van een GDV' zijn uitgevoerd en het begeleidingsgesprek nieuw UR-geneesmiddel (zie begripsomschrijving) is gevoerd.

Deze prestatie mag alleen per voorschrift in rekening worden gebracht, met uitzondering van geneesmiddelen als bedoeld in artikel 6.8 van de Regeling Geneesmiddelenwet (orale anticonceptiva, niet-orale anticonceptiva die UR-geneesmiddelen zijn, en insuline).

En de prestatie 'Terhandstelling en begeleidingsgesprek nieuw UR-geneesmiddel' kan enkel worden gedeclareerd indien de activiteiten genoemd in artikel 5.1 'Terhandstelling van een UR-geneesmiddel' of artikel 5.2 'Terhandstelling door middel van een GDV' zijn uitgevoerd, en:

1. een UR-geneesmiddel met dezelfde werkzame stof en toedieningsvorm niet eerder aan de patiënt ter hand is gesteld, of
2. een UR-geneesmiddel met dezelfde werkzame stof en toedieningsvorm twaalf maanden of langer geleden voor het laatst aan de patiënt ter hand is gesteld, of
3. niet objectief vastgesteld kan worden of aan de patiënt het UR-geneesmiddel eerder ter hand is gesteld in de twaalf voorafgaande maanden.

4. Deelprestatie ANZ-dienstverlening

De deelprestatie ANZ-dienstverlening kan in rekening worden gebracht tezamen met de prestatie onder artikel 5.1, 5.2 of 5.3 indien voldaan wordt aan de begripsbepaling van de ANZ-dienstverlening.

5. Deelprestatie Reguliere magistrale bereiding

Voor de dienstverlening die direct samenhangt met het ter hand stellen van een UR-geneesmiddel bij een reguliere magistrale bereiding, kan de deelprestatie reguliere magistrale bereiding in rekening worden gebracht.

De deelprestatie reguliere magistrale bereiding kan in rekening worden gebracht, indien:

Zorgverzekeringswet

Artikel 19

1. Iedere verzekerde van achttien jaar of ouder heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar.
2. Het bedrag, genoemd in het eerste lid, wordt jaarlijks geïndexeerd overeenkomstig het verschil in geraamde uitgaven voor de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, tussen het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking zal hebben en vergelijkbare uitgaven voor het jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar.
3. Indien het geïndexeerde bedrag naar beneden afgerond € 5 of een veelvoud daarvan verschilt van het in het eerste lid genoemde bedrag, wordt dit bedrag bij ministeriële regeling gewijzigd, waarna het in die regeling genoemde bedrag in de plaats treedt van het in het eerste lid genoemde bedrag.
4. Rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten worden slechts op het verplicht eigen risico in mindering gebracht, indien deze door de zorgverzekeraar zijn ontvangen voor een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dag van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, tenzij het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor die dag is ingediend.
5. In afwijking van het vierde lid is de zorgverzekeraar gerechtigd het verplicht eigen risico in rekening te brengen indien het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor de bij algemene maatregel van bestuur bepaalde dag is ingediend.
6. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald op welke wijze het verplicht eigen risico in mindering wordt gebracht.
7. Het tweede en derde lid blijven buiten toepassing voor de jaren 2019, 2020, 2021 en 2022.

Artikel 21

1. Het percentage van de kosten van zorg of overige diensten dat ten laste gaat van het verplicht eigen risico, wordt bij algemene maatregel van bestuur vastgesteld.
2. In afwijking van het eerste lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvoor de kosten geheel, gedeeltelijk of in het geheel niet onder het verplicht eigen risico vallen.
3. In afwijking van het eerste lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvan de zorgverzekeraar, onder bij die maatregel te bepalen voorwaarden, kan bepalen dat de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen.
4. De zorgverzekeraar kan vormen van zorg of overige diensten aanwijzen waarvan de kosten niet onder het vrijwillig eigen risico vallen, met dien verstande dat bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten kunnen worden aangewezen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het vrijwillig eigen risico vallen.

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 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 vergoedinglimiet kan worden herberekend of buiten werking kan worden gesteld.

Artikel 2.17

1. Kosten van het gebruik van zorg en overige diensten die buiten het verplicht eigen risico vallen, betreffen kosten van:
 - a. verloskundige zorg en kraamzorg,
 - b. huisartsenzorg,
 - c. multidisciplinaire eerstelijnszorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt,
 - d. gecombineerde leefstijlinterventie,
 - e. de zorg waarop ingevolge dit hoofdstuk aanspraak bestaat aan de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 2.5, eerste lid, onderdeel d, is verstreken, voor zover die zorg verband houdt met de opname, bedoeld in artikel 2.5, eerste lid, onderdeel d,
 - f. vervoer, bedoeld in artikel 2.5, tweede lid, en
 - g. verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10.
2. De zorgverzekeraar kan bepalen dat kosten van het gebruik van zorg en overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de wet geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, indien:
 - a. de verzekerde gebruik maakt van een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder,
 - b. de verzekerde een bij ministeriële regeling aangewezen gezondheidsbevorderend of op preventie gericht programma volgt, voor zover dat programma is aangewezen door de zorgverzekeraar en de kosten betrekking hebben op de aandoening waarvoor de verzekerde dat programma heeft gevolgd, of
 - c. de verzekerde gebruik maakt van door de zorgverzekeraar aangewezen farmaceutische zorg of hulpmiddel.
3. De dag, bedoeld in artikel 19, vierde lid, van de wet, is 31 december.

Artikel 2.19

Het percentage, bedoeld in artikel 21, eerste lid, van de wet, bedraagt 100.