

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Zaaknummer: 202303183

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat zij aanspraak heeft op Saxenda[®] (werkzame stof: liraglutide). Verzoekster heeft in dit verband aangevoerd dat zij voldoet aan de voorwaarden voor dit geneesmiddel, omdat zowel de huisarts als de apotheker deze aldus lezen dat hiermee wordt bedoeld dat de patiënt niet (meer) in aanmerking komt voor metabole chirurgie, omdat deze al is ondergaan. Er is nergens vermeld dat geen vergoeding wordt verleend als er metabole chirurgie heeft plaatsgevonden, aldus verzoekster. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster niet voldoet aan bedoelde voorwaarden, omdat zij metabole chirurgie heeft ondergaan.
- 1.2. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 26 februari 2024 is het effect van liraglutide na metabole chirurgie niet getoetst door het Zorginstituut. Liraglutide na metabole chirurgie komt derhalve niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de zorgverzekering, aldus het Zorginstituut. De commissie ziet in de argumenten van verzoekster geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Zij maakt de conclusie hiervan tot de hare. Dit leidt ertoe dat het verzoek wordt afgewezen.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 31 oktober 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 3 januari 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 29 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie meegedeeld zijn eerdere standpunt niet te wijzigen. Een kopie van deze brief is op 30 januari 2024 aan verzoekster gestuurd.

- 2.3. Bij brief van 26 februari 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024004088) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 27 februari 2024 aan partijen gestuurd, met de mogelijkheid hierop binnen tien dagen te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 5 februari 2024 respectievelijk 6 februari 2024 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de PZP Zorgkeuzepolis (restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus PZP en Tandarts PZP (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster is bekend met obesitas en gebruikt op voorschrift van de huisarts het geneesmiddel Saxenda®. Zij heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van dit geneesmiddel.
- 3.3. Bij brief van 8 juni 2023 heeft de huisarts, voor zover hier van belang, over verzoekster verklaard:

"[Verzoekster] heeft naar mijn mening voldaan aan alle criteria om de saxenda vergoed te krijgen. Ik begrijp van haar dat er nu gestruikeld wordt over punt "Niet in aanmerking komen voor een "maagoperatie". In het verleden heeft zij deze maagoperatie al gehad maar onvoldoende baat gehad bij deze operatie. Op dit moment komt zij NIET meer in aanmerking voor een nieuwe maagoperatie! Dus mijns inziens voldoet mevrouw aan het voorgenoemde punt. Dus moet zij de medicatie vergoed krijgen, omdat zij aan alle voorwaarden voldaan heeft."
- 3.4. Bij brief van 17 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat zij geen vergoeding ontvangt voor het geneesmiddel Saxenda®.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 19 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 26 februari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een advies uitgebracht.

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het geneesmiddel Saxenda® alsnog aan haar te vergoeden.
- 4.2. Verzoekster heeft hiertoe in haar brief van 15 juni 2023, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, het volgende aangevoerd. In 2011 heeft zij een gastric bypass ondergaan. Zij woog op dat moment 165 kilo. In de jaren daarna is zij 50 kilo afgevallen. Omdat verzoekster niet verder afviel, en zij tijdens de corona-periode zelfs 10 kilo aankwam, heeft zij in samenspraak met haar huisarts hulp gezocht bij een GGZ-instelling voor eetstoornissen. Hier heeft zij gedurende een jaar een ambulante behandeling ondergaan. Het is verzoekster gelukt om samen met de psycholoog en een gespecialiseerde diëtiste een betere verhouding te krijgen tot voeding. Ondanks de strakke eet- en leefstijl viel verzoekster echter niet af, maar kwam zij juist aan. Dit probleem wordt veroorzaakt door de kleine hoeveelheden die zij kan eten. Haar lichaam reageert hierop door alles op te

slaan. Het is voor verzoekster na de gastric bypass niet mogelijk méér te eten. In september 2022 werd verzoekster bekend met het bestaan van het geneesmiddel Saxenda®. Zij heeft hierover overlegd met de huisarts, die haar een perfecte kandidaat vond. In december 2022 is verzoekster met de door de huisarts ingevulde verklaring naar de apotheek gegaan. De apotheker heeft de verklaring samen met haar doorgenomen, en zij mocht hierop met het geneesmiddel starten. Omdat verzoekster nog herstellende was van corona is zij op 20 januari 2023 met Saxenda® gestart. Zij woog op dat moment 125,3 kilo. Verzoekster eet nog hetzelfde als tijdens haar therapie bij de GGZ- instelling, maar is door het gebruik van Saxenda® inmiddels 11,3 kilo afgevallen. Verzoekster heeft zich in jaren niet zo fit gevoeld als nu.

- 4.3. In haar brief aan de commissie van 18 oktober 2023 heeft verzoekster aanvullend verklaard dat zij in 1998 al een maagband heeft gekregen in België. Na deze operatie is zij nauwelijks afgevallen, en tijdens een hersteloperatie in 2011 kwam men erachter dat het maagbandje verkeerd was aangebracht. Daarom is later de gastric bypass uitgevoerd. Met betrekking tot het geneesmiddel Saxenda® merkt verzoekster op dat zowel de huisarts als de apotheker haar een geschikte kandidaat vond. Beiden meenden dat het jaar dat zij bij de GGZ-instelling was behandeld telde als het eerste jaar van een GLI-traject. Naast het spuiten van Saxenda® volgt verzoekster vanaf 20 januari 2023 een GLI-traject. Omdat zij al 11 jaren lang een gezonde leefstijl heeft, sloot dit traject echter niet aan op haar situatie. Op advies van een medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster een brief geschreven naar de juridische afdeling, met het verzoek te mogen stoppen met het GLI-traject. Dit heeft ertoe geleid dat verzoekster een afwijzing heeft gekregen voor Saxenda®. De afwijzing is erop gebaseerd dat zij al metabole chirurgie heeft ondergaan. Zowel de huisarts als de apotheker leest de voorwaarde echter aldus dat hiermee wordt bedoeld dat de patiënt niet (meer) in aanmerking komt voor metabole chirurgie, omdat deze al is ondergaan. Er is nergens vermeld dat geen vergoeding wordt verleend als er al metabole chirurgie heeft plaatsgevonden.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van Saxenda®. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 19 september 2023 aangevoerd dat de werkzame stof van Saxenda®, liraglutide, onder voorwaarden is opgenomen in het GVS. In Bijlage 2 Rzv staat dat vergoeding mogelijk is:
- a. Uitsluitend voor een verzekerde met diabetes mellitus type 2 en een BMI > 30 kg/m², bij wie de bloedglucosewaarden onvoldoende kunnen worden gereguleerd met de combinatie van metformine en een sulfonylureumderivaat in de maximaal verdraagbare doseringen en die geen insuline gebruikt, tenzij de verzekerde al op 1 mei 2011 met dit middel in combinatie met insuline wordt behandeld;
 - b. als toevoeging aan metformine en basaal-insuline (NPH-insuline/langwerkend insuline analoog) bij een verzekerde met diabetes mellitus type 2 en een BMI > 30 kg/m² bij wie de bloedglucosewaarden onvoldoende zijn gereguleerd na > 3 maanden behandeling met optimaal getitreerd basaal insuline in combinatie met metformine (al dan niet met een sulfonylureumderivaat) in een maximaal verdraagbare dosering;
 - c. in combinatie met een door het RIVM erkende gecombineerde leefstijlinterventie (GLI), voor de behandeling van volwassenen zonder diabetes mellitus type 2 met een extreem verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico en die (nog) niet in aanmerking komen voor metabole chirurgie:
 1. met een BMI >35 kg/m² in combinatie met een comorbiditeit (hart- en vaatziekte, slaapapneu en/of artrose) óf
 2. met een BMI >40 kg/m².
 De behandeling dient te worden gestaakt indien na 3 maanden gebruik van de onderhoudsdosering het aanvankelijke gewicht niet met ten minste 5% is afgenomen, of
 - d. als toevoeging aan een SGLT2-remmer en metformine of wanneer er een contra-indicatie bestaat voor een SGLT2-remmer, toegevoegd aan de standaardbehandeling, bij een verzekerde met diabetes mellitus type 2 met een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten (overeenkomstig de NHG-richtlijn Diabetes Mellitus type 2):

1. met eerder bewezen hart- en vaatziekten, en/of
2. chronische nierschade.

- 5.2. Het Zorginstituut heeft de minister geadviseerd de vergoedingsvoorwaarden van liraglutide uit te breiden. De minister heeft dit advies overgenomen en dit leidde tot opname van het hierboven genoemde onderdeel c. Het Zorginstituut heeft vervolgens meegedeeld dat vanaf 1 juli 2022 als aanvulling op de bijlage geldt dat Saxenda® pas mag worden voorgeschreven als iemand na een jaar deelname aan een door het RIVM erkend GLI-programma niet voldoende is afgevallen. Deze aanvulling is een voorwaarde voor gepast gebruik van obesitasmedicijnen, gesteld door Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) op basis van de Zorgstandaard Obesitas. De aanvraag van verzoekster is afgewezen omdat bij punt 1 in de artsenverklaring staat ingevuld dat zij (nog) niet in aanmerking komt voor metabole chirurgie. Verzoekster onderging in 2011 al een metabole chirurgische ingreep. De huisarts, apotheker en verzoekster zijn van mening dat zij (nog) niet in aanmerking komt voor metabole chirurgie omdat verzoekster die al heeft gehad. Voorwaarde is echter dat een patiënt (nog) geen metabole chirurgie moet hebben gehad. Voor de onderbouwing van dit standpunt verwijst de adviserend apotheker van de ziektekostenverzekeraar naar de 'Vragen en antwoorden over de vergoeding van farmacotherapie in de behandeling van overgewicht en obesitas', opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. De adviserend apotheker is tevens van oordeel dat de huisarts hiervan op de hoogte behoort of behoorde te zijn.
- 5.3. In het nader commentaar van 29 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar voor zijn standpunt verwezen naar de heroverweging van 19 september 2023. Naar zijn mening is er geen nieuwe informatie die aanleiding vormt dit standpunt te herzien.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het advies van 26 februari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"De informatie in het dossier is farmacotherapeutisch en juridisch beoordeeld.

In dit geschil staat de interpretatie ter discussie van de voorwaarde 'en die (nog) niet in aanmerking komen voor metabole chirurgie', zoals genoemd in onderdeel 141, sub c, van bijlage 2 van de Rzv.

Behandelrichtlijn

Liraglutide is opgenomen in de huidige Nederlandse multidisciplinaire behandelrichtlijn 'Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen' uit 2023. Volgens deze richtlijn dient de inzet van medicatie in de totale behandeling van overgewicht en obesitas alleen ter ondersteuning van of aanvulling op een gezonde leefstijl, waarbij desondanks geen gezonder gewicht bereikt kan worden.

De behandeling van obesitas volgt het 'stepped care'- en 'matched care'-principe. De keuze voor een behandelmodaliteit vindt plaats op geleide van o.a. het gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR):

- Een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) is in principe eerste keus;*
- Overweeg het toevoegen van gewichtsreducerende medicatie na één jaar GLI bij een matig of sterk verhoogd GGR, of al vroeg in de behandeling bij een extreem verhoogd GGR. Kies voor liraglutide, semaglutide, naltrexon/bupropion of eventueel orlistat op basis van o.a. effectiviteit, comorbiditeit, beschikbaarheid en prijs;*
- Overweeg metabole chirurgie met name bij een extreem verhoogd GGR.*

De nadere voorwaarden van liraglutide bij een gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico, zoals genoemd in bijlage 2 van de Rzv, zijn gebaseerd op de therapeutische plaats van het middel conform het stappenplan in de behandelrichtlijn.

Beoordeling Zorginstituut

Het Zorginstituut heeft in 2022 een advies uitgebracht over de vergoeding van liraglutide bij de behandeling van (ernstig) overgewicht. In dit advies is het Zorginstituut uitgegaan van de patiëntenpopulatie die later is omschreven in de bijlage 2 voorwaarden: 'volwassenen zonder diabetes mellitus type 2 met een extreem verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico en die (nog) niet in aanmerking komen voor metabole chirurgie'. Dit zijn patiënten die wat betreft de ernst van de ziekte nog niet toe zijn aan metabole chirurgie, of niet in aanmerking komen voor chirurgie (bijvoorbeeld door contra-indicaties).

In de klinische studies waarop de beoordeling van het Zorginstituut berust, zijn patiënten uitgesloten die voorafgaand aan de studiedeelname metabole chirurgie hebben ondergaan. Het advies met betrekking tot de vergoedingsaanvraag van liraglutide is gericht op patiënten met ernstige obesitas die niet eerder metabole chirurgie hebben ondergaan. Het effect van liraglutide na metabole chirurgie is daarom niet getoetst door het Zorginstituut. Liraglutide na metabole chirurgie komt derhalve niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding van liraglutide (Saxenda®). Verzoekster heeft namelijk reeds metabole chirurgie ondergaan. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op de vergoeding van Saxenda® ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster voldoet niet aan de voorwaarden voor vergoeding van Saxenda® ten laste van de basisverzekering."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over farmaceutische zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. De aanspraak op geneesmiddelen is geregeld in artikel B.15. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is gebaseerd op de artikelen 2.8 Bzv en 2.5 Rzv, en de Bijlagen bij de Rzv. De werkzame stof van Saxenda® is liraglutide. Liraglutide is vermeld op Bijlage 2 Rzv, onderdeel 141. Hier zijn ook de voorwaarden genoemd waaraan moet zijn voldaan om dit middel ten laste van de zorgverzekering te kunnen vergoeden:

"a. uitsluitend voor een verzekerde met diabetes mellitus type 2 en een BMI > 30 kg/m², bij wie de bloedglucosewaarden onvoldoende kunnen worden gereguleerd met de combinatie van metformine en een sulfonyleureumderivaat in de maximaal verdraagbare doseringen en die geen insuline gebruikt, tenzij de verzekerde al op 1 mei 2011 met dit middel in combinatie met insuline wordt behandeld,

b. als toevoeging aan metformine en basaal-insuline (NPH-insuline/langwerkend insuline analoog) bij een verzekerde met diabetes mellitus type 2 en een BMI > 30 kg/m² bij wie de bloedglucosewaarden onvoldoende zijn gereguleerd na > 3 maanden behandeling met

optimaal getitreerd basaal insuline in combinatie met metformine (al dan niet met een sulfonylureumderivaat) in een maximaal verdraagbare dosering,
 c. in combinatie met een door het RIVM erkende gecombineerde leefstijlinterventie (GLI), indien de GLI niet succesvol is na 1 jaar, voor de behandeling van volwassenen zonder diabetes mellitus type 2 met een extreem verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico en die (nog) niet in aanmerking komen voor metabole chirurgie:

1°. met een BMI > 35 kg/m² in combinatie met een comorbiditeit (hart- en vaatziekte, slaapapneu en/of artrose) óf

2°. met een BMI > 40 kg/m².

De behandeling dient te worden gestaakt indien na 3 maanden gebruik van de onderhoudsdosering het aanvankelijke gewicht niet met ten minste 5% is afgenomen, of d. als toevoeging aan een SGLT2-remmer en metformine of wanneer er een contra-indicatie bestaat voor een SGLT2-remmer, toegevoegd aan de standaardbehandeling, bij een verzekerde met diabetes mellitus type 2 met een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten (overeenkomstig de NHG- richtlijn Diabetes Mellitus type 2):

1°. met eerder bewezen hart- en vaatziekten, en/of 2°. chronische nierschade."

- 8.3. Verzoekster heeft in dit verband aangevoerd dat zij voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding van Saxenda®, omdat zowel de huisarts als de apotheker deze voorwaarden aldus leest dat hiermee wordt bedoeld dat de patiënt niet (meer) in aanmerking komt voor metabole chirurgie, omdat deze al is ondergaan. Er is volgens verzoekster nergens vermeld dat geen vergoeding wordt verleend als metabole chirurgie heeft plaatsgevonden.

Gelet op het advies van het Zorginstituut van 26 februari 2024 is het effect van liraglutide na metabole chirurgie niet getoetst. Liraglutide na metabole chirurgie komt daarom niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. Het Zorginstituut licht toe dat de in onderdeel 141, onder c., bedoelde groep bestaat uit patiënten die wat betreft de ernst van de ziekte nog niet toe zijn aan metabole chirurgie, of niet in aanmerking komen voor chirurgie (bijvoorbeeld door contra- indicaties). Verzoekster behoort hiertoe niet. In hetgeen verzoekster heeft aangevoerd ziet de commissie geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Zij maakt de conclusie van het advies tot de hare. Hieruit volgt dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van Saxenda® ten laste van de zorgverzekering.

Slotson

- 8.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. Bindend advies

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 maart 2024,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

van een ongeval vóór uw 18e jaar. Dit geldt ook in situaties waarbij:

- o een tand door een ongeval zodanig breekt dat er alleen nog een klein worteldeel achter blijft. Om de kaakgroei niet te verstoren wordt verwijderen van resterende worteldeel uitgesteld. Dit moet dan later alsnog verwijderd worden omdat er geen prothetische constructie op kan worden geplaatst.
- o een tand na verlies door een ongeval wordt teruggeplaatst en gefixeerd om de kaakgroei niet te verstoren, terwijl de kans op behoud van de tand klein is.

Uit de behandelhistorie moet blijken dat het ongeval voor het 18e jaar is vastgesteld en het resterende worteldeel of de teruggeplaatste fronttand moet voor het 23e jaar worden verwijderd, direct voorafgaand aan het plaatsen van een implantaat;

- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts of tandprotheticus meer dan € 650,- per kaak bedragen;
- de volledige boven- en/of onderprothese (al dan niet op tandheelkundige implantaten) binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Dit geldt niet voor de tijdelijke volledige gebitsprothese en de uitbreiding gedeeltelijke gebitsprothese van kunsthars of frame gebitsprothese met element(en) tot volledige gebitsprothese.

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan moet u ook vooraf bij ons een akkoordverklaring hebben aangevraagd als:

- het gaat om het vaste gedeelte van de suprastructuur (voor bevestiging van de uitneembare prothese op implantaten) en de uitneembare prothese (het klikgebit). Daarbij geldt dat u een ernstig geslonken tandeloze kaak heeft.
- het gaat om reparatie en/of rebasing van een uitneembare prothese op implantaten (het klikgebit).
- het gaat om reparatie of vervanging van het vaste gedeelte van de suprastructuur op de implantaten en/of het deel van de suprastructuur in de prothese.

Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.

Tarieven

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

B.15. Medicijnen

B.15.1. Medicijnen algemeen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat (het leveren van en adviseren over) medicijnen (geneesmiddelen) die zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Daarbij gaat het om bijlage 1 en bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: wetten.overheid.nl, (zoek in de titel op 'Regeling zorgverzekering', klik deze regeling vervolgens aan en scroll dan links onder hoofdstuk 8 naar bijlage 1 of 2).

De lijst Medicijnen van bijlage 2 Regeling zorgverzekering en de Lijst voorkeursgeneesmiddelen kunt u vinden op onze website of telefonisch bij ons opvragen.

Waar wij het begrip "geneesmiddel(en) of medicatie" gebruiken, bedoelen wij medicijn(en) en andersom.

B.15.1.a. Medicijnen algemeen

De minister van VWS bepaalt welke farmaceutische zorg en medicijnen onder welke voorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. Deze minister heeft het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) opgesteld. Dat is een lijst met alle geregistreerde medicijnen (bijlage 1) en geregistreerde medicijnen met nadere voorwaarden (bijlage 2) waar u voor verzekerd bent. Bijlagen 1 en 2 vindt u op wetten.overheid.nl in de Regeling zorgverzekering.

In het GVS is geregeld of een medicijn volledig vergoed wordt of dat er een wettelijke eigen bijdrage voor geldt. Zorgverzekeraars kunnen op grond van de wet aanvullende randvoorwaarden stellen aan de vergoeding van farmaceutische zorg en geneesmiddelen.

B.15.1.b. Medicijnen uit bijlage 1

Het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) bestaat uit bijlage 1 en 2. In bijlage 1 komen onderling vervangbare en niet onderling vervangbare medicijnen voor.

Onderling vervangbare medicijnen

Dit zijn medicijnen die:

- op dezelfde manier worden toegediend; en
- bij dezelfde soort indicatie worden ingezet; en
- voor mensen uit dezelfde leeftijdscategorie zijn bedoeld.

Een arts kan voor u kiezen uit twee of meer onderling vervangbare medicijnen. De overheid heeft voor elke groep van onderling vervangbare medicijnen een maximum vergoeding vastgesteld. Is uw voorgeschreven middel uit die groep duurder? Dan moet u de meerprijs als 'eigen bijdrage' zelf betalen.

Voorkeursgeneesmiddelen

Binnen een groep onderling vervangbare medicijnen, kunnen wij op basis van de laagste prijs één of meerdere middelen aanwijzen als voorkeursgeneesmiddel. We noemen dit artikelpreferentie. U bent dan binnen deze groep alleen verzekerd voor dat voorkeursgeneesmiddel. Een voorkeursgeneesmiddel wordt niet verrekend met het eigen risico.

De werkzame stof in een medicijn bepaalt de werking van een medicijn. Vaak zijn er meerdere medicijnen met dezelfde werkzame stof. Deze medicijnen hebben een andere prijs, maar dezelfde werking. Er is altijd minstens één medicijn met de voorgeschreven werkzame stof beschikbaar voor u.

Onze voorkeursmedicijnen staan op de "Lijst voorkeursgeneesmiddelen". Wij kunnen deze lijst tussentijds aanpassen. Als wij dit doen plaatsen wij een bericht op onze website.

Voor medicijnen waar we geen voorkeursmedicijn voor aanwijzen, die dus niet op onze Lijst voorkeursgeneesmiddelen staan, vergoeden we de prijs die niet meer dan 5% afwijkt van de laagste marktprijs. Het gaat om de marktprijs die op dat moment geldt binnen een groep onderling vervangbare medicijnen. Wij noemen dit de Laagste Prijs Garantie (LPG). Dit is onderdeel van doelmatige zorg.

Het kan voorkomen dat u andere bijwerkingen heeft van of een intolerantie heeft voor hetzelfde medicijn, maar dan van een andere fabrikant. Dit kan komen door bijvoorbeeld bepaalde hulpstoffen zoals kleurstoffen of vulmiddelen. Deze bijwerkingen kunnen na een paar dagen over gaan. Als na gebruik van 15 dagen de onacceptabele bijwerkingen niet over zijn, moet u contact opnemen met uw apotheker. Uw apotheker onderzoekt eventueel samen met uw arts, of het voorkeursgeneesmiddel voor u misschien niet geschikt is vanwege onacceptabele bijwerkingen.

Uw apotheker bepaalt samen met uw arts of het nodig is dat u een ander medicijn uit het GVS gebruikt dan een voorkeursgeneesmiddel. U heeft dan recht op dat andere medicijn met dezelfde werkzame stof, geschikte sterkte en manier van toedienen. Dit is meestal niet het originele merkmedicijn. Dit andere medicijn mag niet onnodig

duur zijn.

Als uw arts van vindt dat behandeling met een door ons aangewezen geneesmiddel (via voorkeursbeleid of via LPG) medisch niet verantwoord is, dan kan hij dat op het recept aangeven met Medische Noodzaak. Wij verwachten van uw apotheker dat die het recept met Medische Noodzaak zorgvuldig toetst. Op grond van artikel 2.8 lid 4 van het Besluit zorgverzekering heeft u dan recht op vergoeding van het medicijn dat door uw arts voorgeschreven is.

Niet onderling vervangbare medicijnen

Dit zijn bijlage 1B medicijnen (niet geclusterde medicijnen op basis van therapeutische vergelijkbaarheid). Ze hebben andere eigenschappen dan de onderling vervangbare medicijnen. De werking en de indicatie waarbij het middel wordt gebruikt zijn bijvoorbeeld anders. Deze medicijnen hebben geen eigen bijdrage en vergoeden wij volledig.

B.15.1.c. Medicijnen uit bijlage 2 en niet-geregistreerde medicijnen

Soms worden er door de minister van VWS nadere voorwaarden gesteld aan een medicijn. Bijvoorbeeld met betrekking tot de indicatie. Dit geldt voor de geregistreerde medicijnen met nadere voorwaarden (bijlage 2) en voor de niet-geregistreerde medicijnen.

Deze Bijlage 2-medicijnen en voorwaarden staan in de Regeling zorgverzekering (Rzv) en worden regelmatig door de minister van VWS gewijzigd. U kunt de actuele Bijlage 2 vinden op internet: www.wetten.overheid.nl (u zoekt via zoekvenster: Regeling zorgverzekering, u klikt deze aan en ziet links onderaan Hoofdstuk 8 Bijlage 2).

Niet-geregistreerde medicijnen zijn bijvoorbeeld een apotheekbereiding (magistrale bereiding) (zie artikel B.15.4.), of uit het buitenland ingevoerde medicijnen. Er moet sprake zijn van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een medicijn in de vorm die voor u geschikt is. Uit wetenschappelijk onderzoek moet zijn gebleken dat het middel werkzaam en effectief is. Ook moet het middel het meest economisch zijn voor de zorgverzekering.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Sommige medicijnen worden door de GVS-limiet niet volledig vergoed. Het niet vergoede deel is de wettelijke eigen bijdrage. U heeft een wettelijke eigen bijdrage van maximaal € 250,- per jaar.

Voorbeeld:

Uw medicijn kost € 100,- waarvan € 25,- een eigen bijdrage is. De overige € 75,- wordt verrekend met uw eigen risico. U heeft (als u geen andere medicijnen met een eigen bijdrage gebruikt), 10x een eigen bijdrage: 10x € 25,- = € 250,-. Na 10x worden de volledige kosten van het medicijn (€ 100,-) verrekend met een eventueel nog openstaand eigen risico.

Voorbeeld van herberekening:

U bent op 1 januari bij ons verzekerd en uw verzekering eindigt op 1 maart. In die periode heeft u in totaal € 50,- aan eigen bijdragen GVS-medicijnen betaald.

- 2023 heeft 365 dagen. 1 Januari tot en met 1 maart 2023 heeft 60 dagen
 - € 250,- : 365 = € 0,6849 eigen bijdrage per dag
 - € 0,6849 x 60 dagen = € 41,09. Dit bedrag ronden wij af. Uw eigen bijdrage van 1 januari tot en met 1 maart is dus € 41,-.
 - U heeft al € 50,- betaald. € 50,- minus € 41,- = € 9,-. U krijgt dus van ons € 9,- terug.
- De zorg omvat niet:
 1. alternatieve (homeopathische en antroposofische) medicijnen;
 2. medicijnen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland;
 3. medicijnen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd medicijn dat niet in het GVS is opgenomen, behalve als bij ministeriële regeling anders is bepaald. Zie artikel B.15.4.;
 4. zelfzorgmedicijnen en intramurale medicijnen, voor zover zij volgens de Regeling zorgverzekering niet onder uw zorgverzekering vallen. Bevochtigende oogdruppels (kunsttranen) zijn opgenomen in artikel B.17.11. van het reglement Hulpmiddelen;
 5. medicijnen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
 6. medicijnen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onder f van de Geneesmiddelenwet;
 7. medicijnen die op een andere manier gefinancierd worden, bijvoorbeeld vanuit een volksverzekering of overheidsfinanciering of die onder een subsidie(regeling) vallen;
 8. een medicijn waarvoor wij geen voorkeur hebben terwijl we voor dat medicijn wel een voorkeursbeleid hanteren;
 9. medicijnen die voor andere indicaties gebruikt worden dan vermeld in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Dit geldt ook als niet aan de extra voorwaarden wordt

voldaan. Zie de toelichting in dit artikel onder Voorwaarden, Akkoordverklaring;

10. verzorgingsproducten en cosmetische producten zoals tandpasta's, zepen, desinfectiemiddelen, shampoos, badoliën, balsems, lotions, haargroeimiddelen, mondspoelmiddelen, zonnebrandartikelen;
11. bijkomende kosten zoals administratie-, import- en/of verzendkosten;
12. vitamines en voedingssupplementen;
13. medicijnen waarbij na falen van de (aan hulp- of verbruiksartikel gerelateerde) toedieningsvorm een beroep gedaan kan worden op fabrieksgarantie of andere tegemoetkomingregelingen;
14. niet-geregistreerde medicijnen waaronder niet-geregistreerde allergenen. Een apothekerbereiding of een medicijn dat wel geregistreerd is in het buitenland kan onder bepaalde voorwaarden wel voor vergoeding in aanmerking komen;
15. medicijnen die zijn voorgeschreven door een alternatief arts, of andere zorgverleners die niet in dit artikel worden genoemd.
16. Esketamine neusspray; dit valt onder artikel B.19. Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Let op!

In een aanvullende verzekering kan soortgelijke zorg en/of de wettelijke eigen bijdrage (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

B.15.1.d. Leveren van medicijnen en advisering

De zorg omvat het leveren van medicijnen en de advisering en begeleiding die horen bij het ter handstellen.

Voor de levering van medicijnen gelden de volgende regels:

- Levering mag uitsluitend aan de verzekerde voor wie het medicijn is bestemd, zijn verzorger, of de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de toediening;
- Als een medicijn voor een langere periode is voorgeschreven, zijn deelliveringen bijvoorbeeld per twee, drie of vier weken mogelijk. Dit geldt alleen als daarvoor een aantoonbaar medische noodzaak is. Dit heet een geïndividualiseerde distributievorm (gdv): een medicatiezakje waarin een of meer medicijnen zitten die op een bepaald moment van de dag ingenomen moeten worden. Deze zakjes zitten aan elkaar op een rol.

De bijbehorende advisering omvat ten minste:

- het begeleidingsgesprek bij een nieuw medicijn (1^e uitgifte) of - als u een medicijn langer dan 12 maanden niet gebruikt heeft - een extra begeleiding bij een 2^e uitgifte van een medicijn;
- uitleg als u een medicijn gebruikt waarvoor ook een hulpmiddel nodig is;
- farmaceutische begeleiding bij poliklinisch bezoek, ziekenhuisopname of -ontslag.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg wordt niet verrekend met het eigen risico als het gaat om:
 - voorkeursmedicijnen. Onze voorkeursmedicijnen staan op de "Lijst voorkeursgeneesmiddelen" op onze website
 - levering van en advisering over medicijnen of nicotinevervangende middelen als onderdeel van een Stoppen-met-roken (SMR)-programma en als deze zijn voorgeschreven door een gecontracteerde zorgverlener SMR;
- In alle andere situaties wordt de zorg wel verrekend met het eigen risico.

Onder deze zorg valt niet:

- voorlichting en advies bij medicijnen ter voorkoming van ziekten bij reizen naar het buitenland;
- levering en instructie van hulpmiddelen als de bijbehorende medicijnen voor rekening van het ziekenhuis zijn;
- instructie van hulpmiddelen die nodig zijn bij medicijnen, als deze hulpmiddelen geleverd zijn door een andere zorgverlener dan een apotheker of apotheekhoudend huisarts;
- de extra kosten voor het aanbieden van recepten en ophalen van medicijnen buiten reguliere openingstijden om. Deze vallen alleen onder uw zorgverzekering als sprake is van een spoedsituatie.

Voorwaarden

Voorkeursmedicijnen

Zorgverlener

De medicijnen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Dit mag ook in het buitenland zijn. Hierbij geldt dat:

- de werkzame stof, dosering en toedieningsvorm van het medicijn moet zijn opgenomen in het Nederlandse GVS;
- de vergoeding plaatsvindt volgens de vergoedingslimiet die in Nederland geregeld is;
- de verdere voorwaarden gelden zoals benoemd in dit artikel (B.15.1.) Medicijnen uit het buitenland

Rekeningen van medicijnen die in het buitenland zijn gekocht moeten leesbaar en volledig zijn. Staat de naam van het medicijn, de hoeveelheid, de sterkte en de toedieningsvorm niet volledig op de rekening? Stuur dan de bijsluiter, het doosje en/of etiketten ook op (mag ook een foto zijn), samen met de rekening.

Behandelvoorstel

Algemeen

De medicijnen zijn voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, arts gespecialiseerd in infectieziekten verbonden aan een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD), medisch specialist, tandarts, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundig specialist of verloskundige (rekening houdend met hun voorschrijfbevoegdheid en hun deskundigheidsgebied). De volledige informatie hierover staat in artikel 36 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze vindt u via wetten.overheid.nl op de titel 'beroepen individuele gezondheidszorg' en artikel 36.

Voor de aanvullende voorwaarden ten aanzien van de voorschrijfbevoegdheid van de physician assistant en de verpleegkundig specialist verwijzen wij u naar de Handreiking voorschrijfbevoegdheid verpleegkundig specialisten en physician assistants van de NVZA en de KNMP. Zie ook de omschrijving in artikel A.1. Begripsomschrijvingen.

Voor welke periode mag een medicijn worden geleverd?

De zorg omvat uitsluitend de levering van medicijnen op voorschrift (behandelvoorstel) of recept. Een recept geldt voor een bepaalde periode. Hoe lang die periode is, kan per medicijn anders zijn. De leveringsperiodes die per voorschrift (behandelvoorstel) of recept gelden, zijn:

- 15 dagen of de kleinste handverpakking voor een medicijn dat nieuw voor u is;
- 15 dagen voor een medicijn ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie;
- 30 dagen voor slaapmiddelen (hypnotica) en voor medicijnen die angst en onrust verminderen (anxiolytica);
- maximaal 30 dagen voor medicijnen die zijn opgenomen in de Opiumwet met uitzondering van de ADHD middelen. Hiervoor geldt een maximale aflevertermijn van 3 maanden;
- 3 maanden voor medicijnen voor de behandeling van een chronische ziekte, of tot 12 maanden als wij hierover afspraken hebben gemaakt met de apotheek;
- 12 maanden voor "de pil" (orale anticonceptiemiddelen);
- 1 maand voor medicijnen die per maand meer

dan € 1.000,- kosten. Als u na een aaneengesloten periode van 6 maanden goed ingesteld bent, mogen deze dure medicijnen per 3 maanden geleverd worden.

Als een medicijn in meerdere groepen valt, geldt de kortste periode.

Geen herhaalrecept

Voor:

- "de pil" (orale anticonceptiemiddelen) en
- insuline voor de behandeling van suikerziekte ("diabetes mellitus")

geldt geen maximale geldigheidsduur per recept. Deze medicijnen hoeft u maar 1x voorgeschreven te krijgen en vervolgens is er geen herhaalrecept nodig. Onder uw zorgverzekering valt per jaar niet meer dan voor het gebruik tijdens 12 maanden noodzakelijk is. Als het middel, de sterkte en/of het gebruik van het middel verandert, heeft u wel een nieuw recept nodig.

Akkoordverklaring

- Sommige medicijnen (werkzame bestanddelen) uit Bijlage 2 moeten door ons beoordeeld worden. U vindt u deze op onze internetsite. Alle actuele informatie over de toetsing en beoordeling vindt u op www.znformulieren.nl. Daar staan ook de medicijnen die door de apotheek beoordeeld moeten worden.
- Voor veel Bijlage 2 medicijnen kan uw behandelend arts een artsenverklaring vullen. Uw apotheek beoordeelt dan of u recht heeft op vergoeding.

Heeft u een aandoening die niet op de artsenverklaring staat vermeld of niet voldoet aan de overige voorwaarden, maar komt het medicijn wel voor in de tabel van Bijlage 2 op de site van ZN formulieren? Dan kan de behandelend arts een gemotiveerde aanvraag bij ons indienen met daarin in ieder geval de volgende gegevens:

- de ingevulde artsenverklaring, ook al voldoet u niet aan de voorwaarden;
- de medische indicatie waarvoor het medicijn wordt voorgeschreven;
- hoe vaak deze aandoening voorkomt in Nederland;
- welke andere medicijnen hiervoor zijn gebruikt en met welk resultaat;
- op basis van welke wetenschappelijke literatuur gekozen wordt voor dit medicijn.

Wij beoordelen dan of u misschien toch recht heeft op vergoeding van het middel. U krijgt hier schriftelijk bericht van.

Let op!

- Een aanvraag voor vergoeding indienen is geen garantie dat wij een akkoordverklaring afgeven.
- Als wij u een akkoordverklaring geven dan is er vergoeding mogelijk vanaf de datum dat wij aanvraag hebben ontvangen. Het is dus belangrijk dat de akkoordverklaring wordt aangevraagd voordat u met de medicijnen begint.
- Wilt u niet dat de beoordeling door uw apotheker of leverancier gebeurt, dan kunt u, met vermelding van uw bezwaar, de verklaring van uw voorschrijver rechtstreeks naar onze afdeling Medische Beoordelingen sturen.

Uit het buitenland ingevoerde, niet in Nederland geregistreerde medicijnen

In artikel 2.8 lid 1 onder b van het Besluit zorgverzekering staan de voorwaarden voor deze medicijnen:

- deze moeten bestemd zijn voor een patiënt die een ziekte heeft die in Nederland niet vaker dan 1:150.000 inwoners voorkomt; en
- behandeling mogelijk is in Nederland geregistreerd medicijn of magistrale bereiding is niet mogelijk; en
- de behandeling, preventie of diagnostiek moet in een voor u geschikte vorm worden ingezet; en
- de werkzaamheid en effectiviteit moeten bewezen zijn in wetenschappelijke literatuur; en
- de behandeling moet het meest economisch zijn voor u en de zorgverzekering.

De voorschrijver moet vooraf een akkoordverklaring bij ons aanvragen zodat wij kunnen toetsen of aan deze voorwaarden wordt voldaan.

Tarieven

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

B.15.2. Medicatiebeoordeling bij chronisch medicijngebruik

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat minimaal 1x per 12 maanden een medisch en farmaceutisch noodzakelijke, periodieke evaluatie bij meervoudig chronisch medicijngebruik, een zogenaamde medicatiebeoordeling.

Afhankelijk van de afspraken die wij met uw apotheek hebben gemaakt, bent u ook verzekerd voor 'Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroep' en de facultatieve prestaties farmaceutische zorg conform de NZa beleidsregel:

- Therapietrouwverbetering bij patiënten met astma/COPD;
- Medicatieoptimalisatie en begeleiding bij

- patiënten met complexe farmaceutische zorg;
- Begeleidingsgesprek chronische UR (Uitsluitend Recept)-medicijnen;
- Begeleidingsgesprek Astma en/of COPD-medicijnen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.

Voorwaarden

Algemeen

1. U gebruikt meerdere medicijnen chronisch; en
2. Een medicatiebeoordeling gebeurt in samenspraak met u, uw behandelend arts en de overige betrokken zorgverleners; en
3. Er moet sprake zijn van een farmaceutische noodzaak; en
4. Voor de uitvoering van een medicatiebeoordeling dient de zorgverlener de geldende Prestatiebeschrijving en de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen te volgen; en

Een medicatiebeoordeling heeft betrekking op medicijnen die voldoen aan de voorwaarden die wij beschreven hebben in artikel B.15.1. van de Verzekeringsvoorwaarden. Als u daarnaast ook medicijnen gebruikt die niet aan deze voorwaarden voldoen, moeten die inhoudelijk wel worden meegenomen in uw medicatiebeoordeling.

Zorgverlener

De zorg wordt uitsluitend geleverd door een apotheker of apotheehouder huisarts die een door ons als voldoende beoordeelde, aanvullende opleiding met goed gevolg heeft afgerond voor het uitvoeren van een medicatiebeoordeling.

Behandelaar

Een apotheker, (apotheehouder) huisarts, arts verstandelijk gehandicapt, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist heeft vastgesteld dat een medicatiebeoordeling medisch en farmaceutisch noodzakelijk is.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is alleen nodig als u om andere medische of farmaceutische redenen behoefte heeft aan een medicatiebeoordeling, maar er niet wordt voldaan aan bovenstaande algemene voorwaarden.

Tarieven

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

B.15.3. Vervallen

B.15.4. medicijnen die de apotheek zelf maakt

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat medicijnen die door of in opdracht van een apotheker op individueel recept zijn gemaakt (magistrale bereidingen). Het medicijn moet speciaal voor u worden gemaakt. Dit heet een (magistrale) bereiding.

Wat is het verschil tussen een magistrale bereiding en een 'doorgeleverde bereiding'?

Een (magistrale) bereiding is een medicijn dat de apotheek speciaal voor u maakt. Bijvoorbeeld omdat de sterkte of vorm van een bestaand medicijn niet geschikt is voor u. Een bereiding is een niet-geregistreerd medicijn.

Als uw apotheek het medicijn niet zelf maakt, maar het door een andere apotheek laat maken, noemen wij dit een "doorgeleverde bereiding". Het medicijn wordt dan niet door de apotheek die het maakt aan u geleverd. Een doorgeleverde bereiding mag alleen geleverd worden als er geen adequaat geregistreerd geneesmiddel beschikbaar is en als voldaan is aan de overige eisen die de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd heeft gesteld.

Wanneer krijgt u een bereiding vergoed?

Volgens het Besluit zorgverzekering is vergoeding van een magistrale bereiding mogelijk als er sprake is van rationele farmacotherapie. Dit betekent dat de bereiding:

- een voor de patiënt geschikte vorm moet hebben. Bijvoorbeeld een drankje voor een kind dat nog geen tablet kan doorslikken;
- bewezen werkzaam en effectief is. Dit betekent dat er voldoende wetenschappelijk onderzoek naar het medicijn is gedaan, dat het werkt tegen de klacht of ziekte en dat de werkzaamheid en effectiviteit wetenschappelijk zijn aangetoond;
- het voordeligst en meest economisch moet zijn voor de zorgverzekering. Het is bijvoorbeeld niet duurder dan vergelijkbare medicijnen die net zo goed of beter werken.

Wanneer krijgt u een bereiding niet vergoed?

Wordt niet aan bovenstaande voorwaarden voldaan? Dan krijgt u de bereiding niet vergoed. Een bereiding wordt ook niet vergoed als er sprake is van:

- een bereiding die (bijna) hetzelfde is als een 'gewoon' geregistreerd medicijn dat niet wordt vergoed. Bijvoorbeeld: paracetamol 500mg tabletten tegen pijn en koorts. Deze zijn niet opgenomen in het GVS (zie artikel B.15.1 van de

verzekeringsvoorwaarden). Daarom wordt een bereiding van capsules met paracetamol tegen pijn en koorts ook niet vergoed.

Er geldt een uitzondering als dat bij ministeriële regeling is bepaald. Deze medicijnen kunt u vinden op internet: www.wetten.overheid.nl. De minister kan een medicijn aanwijzen als het gaat om:

- o een bereiding in de overbruggingstijd. Het medicijn is dan wel aangemeld maar er is nog geen besluit genomen over opname in het GVS;
- o een medicijn dat niet in het GVS wordt opgenomen omdat het te duur is terwijl de bereiding wel een acceptabele prijs heeft.
- Een magistrale bereiding die (bijna) gelijk is aan een niet-geregistreerd medicijn én niet is opgenomen in het GVS. Ook deze medicijnen kunt u vinden op internet: www.wetten.overheid.nl.
- een warenwetproduct: dit is geen medicijn, maar een product zoals shampoo of handcrème;
- een medicijn om ziekten op reis te voorkomen. Bijvoorbeeld een aangepaste dosering van malariatabletten;

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Een wettelijke eigen bijdrage is van toepassing als de magistrale bereiding een medicijn bevat met een wettelijke eigen bijdrage.

Voorwaarden

Algemeen

- Bij medicijnen gelden de voorwaarden genoemd in artikel B.15.1.
- Het gaat om rationale farmacotherapie. Zie artikel B.15.1.a. "Medicijnen algemeen".
- Voor sommige bereidingen hebben wij aanvullende informatie nodig om te beoordelen of het gaat om rationale farmacotherapie.
- De bereiding komt niet overeen met warenwetproducten.

Tarieven

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

B.16. Dieetpreparaten

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat levering van (polymere, oligomere, monomere en modulaire) dieetpreparaten die als drink- en/of sondevoeding gebruikt worden.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
 - o voedingssupplementen en vitaminepreparaten die zonder recept verkrijgbaar zijn;
 - o afslankproducten, ook niet als zij als dieetpreparaat geregistreerd zijn;
 - o aangepaste voeding zoals lactosevrije kaas, glutenvrij brood, geiten- of paardenmelk en dergelijke;
 - o verdikkingsmiddelen;
 - o voeding die via de bloedbaan wordt toegediend; deze wordt vergoed uit artikel B.15.1.

Voorwaarden

Algemeen

Voor dieetpreparaten gelden de volgende voorwaarden:

- Het dieetpreparaat dat aan u is voorgeschreven, is geregistreerd als dieetpreparaat en als zodanig opgenomen in de G-standaard van de Z-index (het landelijke geneesmiddelenbestand);
- Er wordt voldaan aan de voorwaarden voor dieetpreparaten die zijn omschreven in de Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering (zie ook artikel B.15.1. onder Akkoordverklaring, nadere voorwaarden.):
 - o U kunt niet uitkomen met aangepaste normale voeding;
 - o U kunt niet uitkomen met andere producten van bijzondere voeding en u lijdt aan een stofwisselingsstoornis en/of aan een voedselallergie en/of aan een resorptiestoornis en/of aan een ziekte gerelateerde ondervoeding of een risico daarop (gemeten met een officieel vastgestelde methode);
 - o U bent aangewezen op dieetpreparaten volgens de in Nederland geldende richtlijnen van de betreffende beroepsgroep.

De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid:

wetten.overheid.nl.

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

Bij bijvoorbeeld een vermoeden van een koemelkeiwitallergie (kea) worden provocatietesten gedaan. De testperiode voorafgaand aan de diagnose komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Behandelaars

Een jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist of een diëtist heeft

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.8

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

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

2. Farmaceutische zorg omvat geen:
- a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
 - b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
 - c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
 - e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.
3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.
4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.
5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.5

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

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