

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202401843

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker.

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 9 oktober 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 11 december 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 14 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 20 januari 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 18 maart 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025004759) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 20 maart 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 april 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 23 april 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 18 maart 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 28 april 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Zorgt Goed en VGZ Zorgt Tand Goed (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoeker gebruikt sinds enkele jaren het geneesmiddel Metamucil® 3,4g (psylliumvezels). De kosten hiervan zijn steeds vergoed door de ziektekostenverzekeraar.
- 2.3. Bij brief van 21 oktober 2020 heeft de behandelend MDL-arts over verzoeker verklaard:

"Bovengenoemde patiënt is naar ons verwezen i.v.m. veranderd defaecatiepatroon, waarbij het middel Plantago ovata psylliumvezels (metamucil) werd voorgeschreven. Hierbij heeft hij een uitstekende klinische respons gekend. Bij het wisselen naar een ander generiek middel t.b.v. psylliumvezels (i.e. Volcolon) in het kader van levering apotheek/zorgverzekering vergoeding volgens patiënt, heeft hij

echter opnieuw hinderlijke en terugkerende klachten ervaren conform eerste poliklinische consultatie. Op eigen initiatief weer herstart is met metamucil heden op eigen kosten, met uitstekende klinisch resultaat.

Bij naslag tussen de twee psylliumvezels bulkvormers is er bij voloclon sprake van de aanwezigheid van sorbitol/saccharose versus de aanwezigheid van aspartaam in metamucil, mogelijk is hier een verklaring in gelegen i.k.v. recidief klachten. Wij willen u verzoeken gezien de duidelijke verbeterde klinische respons na herstart metamucil psylliumvezels, of patiënt hierbij alsnog in aanmerking kan komen voor chronisch gebruik van metamucil psylliumvezels."

- 2.4. Bij brief van 26 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van Metamucil® 3,4g niet worden vergoed.
- 2.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 18 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft
- 2.6. Bij brief van 18 maart 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 28 april 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan hem de kosten van het geneesmiddel Metamucil® 3,4 g moet vergoeden.
- 3.2. In het verzoek om heroverweging van 7 augustus 2024 heeft verzoeker aangevoerd dat de behandelend MDL-specialist Metamucil® 3,4g heeft voorgeschreven. De arts heeft destijds in een brief aan de huisarts de medische noodzaak voor het gebruik van dit specifieke geneesmiddel toegelicht. Deze brief is toen ook gedeeld met de apotheek. De herhaalrecepten worden sindsdien uitgeschreven door de huisarts en hierop wordt vermeld dat sprake is van een medische noodzaak. Tot 24 mei 2024 kreeg verzoeker op grond van deze recepten het geneesmiddel ter hand gesteld door de apotheek, en declareerde de apotheek de kosten hiervan bij de ziektekostenverzekeraar. Op 24 mei 2024 is hier verandering gekomen, in die zin dat de apotheek de nota naar verzoeker heeft gezonden. Verzoeker heeft de nota ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, maar deze wil de kosten niet vergoeden.
Verzoeker merkt op dat hij in het verleden het preferente middel Vocolon® heeft geprobeerd, maar dit werkte contraproductief.
Verzoeker verwijst naar een arrest van het Gerechtshof 's-Hertogenbosch van 10 mei 2022. Hierin wordt het volgende overwogen:
"Het is niet de apotheker maar de arts c.q. medisch specialist die met MN een geneesmiddel voorschrijft en daarmee bepaalt wat er gebeuren moet. De beslissing ligt dus bij de arts, zijn voorschrift is beslissend en de apotheker heeft niet de ruimte om daarvan van af te wijken."
Verder verwijst verzoeker naar bijlage 1 bij de brief van 18 december 2020 van de minister voor Medische Zorg en Sport inzake 'modernisering van het GVS', waarin staat:
"De arts besluit dus of er 'medische noodzaak' is om een specifiek geneesmiddel voor te schrijven. Als een apotheker dit op een recept aantreft, moet die het voorgeschreven middel verstrekken".
De apotheek beroept zich op de Leidraad Verantwoord Wisselen Medicijnen. Verzoeker merkt op dat deze Leidraad geen "officiële Zvw-wet- en regelgeving voor de uitvoering van de extramurale farmaceutische zorg vormt, maar slechts werkafspraken bevat tussen de partijen – waarvan de landelijke specialistenverenigingen geen deel uitmaken – die deze Leidraad samenstelden."
- 3.3. In het verzoek om heroverweging van 23 augustus 2024 heeft verzoeker gesteld dat de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzende beslissing baseert op twee onwaarheden, die door de apotheek zijn verteld. De apotheek heeft de ziektekostenverzekeraar verteld dat hij niet overtuigd is van de medische noodzaak voor het gebruik van het middel Metamucil® 3,4g. Ook heeft de apotheek ten onrechte gesteld dat verzoeker het preferente middel nog niet had geprobeerd. Verder weigerde de

ziektekostenverzekeraar telefonisch inhoudelijk in te gaan op de door verzoeker aangevoerde argumenten in zijn brief van 7 augustus 2024.

- 3.4. In het klachtenformulier van 9 oktober 2024 heeft verzoeker verklaard dat de ziektekostenverzekeraar de nota voor het geneesmiddel Metamucil® 3,4g niet wil vergoeden, omdat deze niet rechtstreeks door de apotheek ter declaratie is ingediend. Volgens de apotheker is er contact geweest met de behandelend medisch specialist, maar dat is volgens verzoeker niet gebeurd. Daarnaast ontkent de ziektekostenverzekeraar dat de apotheek een brief van de MDL-arts in zijn bezit heeft en dat verzoeker eerder het preferente middel heeft geprobeerd. Verder merkt verzoeker op dat er geen wettelijke bepaling is dat een geneesmiddel alleen voor vergoeding in aanmerking komt als het rechtstreeks wordt gedeclareerd door de apotheek. De apotheker heeft tegen verzoeker gezegd dat hij de nota niet rechtstreeks mag declareren, omdat hij anders op grond van het contract een boete of korting krijgt opgelegd door de ziektekostenverzekeraar. Dat geen sprake zou zijn van een medische noodzaak heeft de apotheker niet tegen verzoeker genoemd. Verder stelt verzoeker dat de door hem aangevoerde argumenten door de ziektekostenverzekeraar niet zijn weersproken. Volgens de ziektekostenverzekeraar betreft de Leidraad Verantwoord Wisselen Medicijnen dwingend recht. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft verzoeker echter verteld dat dit niet juist is. Hiermee handelt de ziektekostenverzekeraar in strijd met de wettelijke bepalingen. Dit geldt volgens verzoeker ook voor het opleggen van kortingen en boetes, zoals de ziektekostenverzekeraar die heeft opgenomen in de overeenkomst met de apotheek.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat het bij wet niet verboden is om een nota zelf ter declaratie in te dienen. Evenmin is bepaald dat alleen de apotheker een nota ter declaratie mag indienen. Verzoeker benadrukt dat bij hem sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van het geneesmiddel Metamucil® 3,4g. Dit wordt bevestigd door de brief van de MDL-arts van 21 oktober 2020. De MDL-arts heeft destijds de medische noodzaak vastgesteld. De behandeling is daarna overgenomen door huisarts en die vermeldt "MN" op het recept. Bovendien geldt dat sprake is van medische noodzaak, die zo nodig moet worden toegelicht in een collegiaal overleg. Er heeft echter geen overleg plaatsgevonden tussen de apotheker en de MDL-arts of de huisarts. Daarnaast door de commissie expliciet gevraagd heeft verzoeker toegelicht dat de Metamucil® 3,4g is voorgeschreven, omdat dankzij dit middel de defecatie zodanig goed is dat obstipatie en/of forse diarree niet meer voorkomen. Er is hierdoor dus sprake van een redelijk beheersbaar ontlastingsproces.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van het geneesmiddel Metamucil® 3,4g. In de primaire beslissing van 26 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar de afwijzing aldus toegelicht:
- "U heeft gebruik gemaakt van een gecontracteerde zorgverlener. Deze beoordeelt of u recht heeft op vergoeding van de geleverde zorg. Als u in aanmerking komt voor vergoeding, declareert uw zorgverlener de kosten rechtstreeks bij ons. U heeft een nota van de zorgverlener ontvangen. Om die reden komen de kosten niet voor vergoeding in aanmerking."*
- 4.2. In de heroverweging van 18 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat in het geval van een restitutedeclaratie van zorgkosten voor een niet-preferent geneesmiddel, geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, vergoeding van de kosten wordt afgewezen. Uitgangspunt hierbij is dat *"de zorgaanbieder kennelijk beroepsmatige bijzonderheden heeft geconstateerd en niet overtuigd is van de medische noodzaak."* Zelfs als sprake zou zijn van een medische noodzaak, zoals door verzoeker is gesteld, kan de ziektekostenverzekeraar niet ingrijpen in het declaratieproces. De apotheker en de voorschrijver van het geneesmiddel moeten met elkaar in contact treden en tot overeenstemming over de behandeling komen. De ziektekostenverzekeraar kan en mag niet beoordelen of sprake is van een medische noodzaak.

Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft de apotheek jarenlang te goeder trouw de medische noodzaak op het recept gevolgd. Hierdoor zijn de kosten van het geneesmiddel al die tijd vergoed. Bij een recente controle door de apotheek is echter gebleken dat *"de medische noodzaak niet herleidbaar"*

is tot gebruik van het preferente geneesmiddel, noch tot een onderbouwing dat gebruik van het preferente geneesmiddel medisch niet verantwoord is" voor verzoeker. De apotheker beroept zich hierbij op de Leidraad Verantwoord Wisselen Medicijnen. Verder verwijst de ziektekostenverzekeraar naar werkafspraken 11 uit voornoemde Leidraad, waarin is bepaald dat de voorschrijver de eindverantwoordelijkheid heeft voor het bepalen van de medische noodzaak. Als de apotheker beroepsmatige bijzonderheden signaleert met betrekking tot het voorschrijven van recepten met MN, wordt dit in collegiaal overleg met de voorschrijver besproken.

De ziektekostenverzekeraar licht verder toe dat hij aanspraken beoordeelt op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de polisvoorwaarden en de afspraken die met de zorgaanbieder zijn vastgelegd in de zorgovereenkomst. De Zvw bepaalt welke werkzame stoffen onder welke voorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. In de polisvoorwaarden is vastgelegd dat een preferentiebeleid wordt toegepast. Het veilig en verantwoord toepassen van het preferentiebeleid wordt geborgd in de zorgovereenkomst, conform de Leidraad Verantwoord Wisselen Medicijnen.

Het arrest van het Gerechtshof 's-Hertogenbosch, waarnaar verzoeker verwijst, heeft betrekking op een geschil tussen een leverancier van farmaceutische middelen en een zorgverzekeraar over de toelaatbaarheid van preferente toewijzingen van bepaalde producten. In het arrest wordt duidelijk gemaakt dat de voorschrijver eindverantwoordelijk is voor het bepalen van de medische noodzaak en dat het toenmalige 'compliance beleid' van de zorgverzekeraar geen afbreuk deed aan het verantwoord toepassen van het preferentiebeleid, inclusief de uitzondering voor medische noodzaak.

- 4.3. In zijn brief van 13 februari 2025, gericht aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat in artikel 34 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat hij een preferentiebeleid mag voeren. In beginsel hebben verzekerden uitsluitend aanspraak op verstrekking van het preferente geneesmiddel. Alleen als het medisch onverantwoord is het preferente geneesmiddel te gebruiken en de arts 'medische noodzaak' op het recept heeft vermeld, heeft betrokkene recht op verstrekking van een niet-preferent geneesmiddel. De arts mag 'medische noodzaak' alleen op het recept vermelden als hij dit kan onderbouwen. Als de apotheker vragen heeft over de voorgeschreven medische noodzaak, dan neemt hij contact op met de betrokken arts. De apotheker kiest, op basis van de door de arts voorgeschreven werkzame stof en de toelichting van de arts, welk geneesmiddel wordt verstrekt. Als er geen medische noodzaak is, verstrekt de apotheker het voorkeursgeneesmiddel. Kiest betrokkene voor een ander geneesmiddel, dan zijn de kosten daarvan voor eigen rekening. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verwezen naar een eerder bindend advies van de commissie (SKGZ 202300898).

In dit geval was de apotheker niet overtuigd van de medische noodzaak. De apotheker heeft daarom intercollegiaal overleg gevoerd met de voorschrijvend arts. De arts heeft toegelicht het beleid van de MDL-arts te hebben gevolgd en heeft op verzoek van verzoeker Metamucil® 3,4g voorgeschreven. Volgens de apotheker kon de arts of de betrokken medisch specialist de medische noodzaak hiervoor niet onderbouwen. In de brief van 21 oktober 2020 legt de MDL-arts uit dat Volcolon® (het preferente geneesmiddel) sorbitol/sacharose bevat, terwijl Metamucil® 3,4g aspartaam bevat. Dit zou mogelijk een verklaring kunnen zijn voor het recidief van klachten. Volgens de apotheker is dit evenwel slechts een suggererende oorzaak, zonder enige aanvullende onderbouwing. De apotheker legt verder uit dat zowel Volcolon® als Metamucil® 3,4g psylliumvezels bevat als werkzame stof. Deze vezels worden niet door het lichaam opgenomen, maar helpen met voldoende vochtinname de darmwerking te verbeteren en de ontlasting soepel te houden, wat een laxerende werking heeft. Sorbitol/sacharose is een veelgebruikte zoetstof in allerlei voedingsmiddelen. Er is geen wetenschappelijk bewijs voor de bewering van de medisch specialist dat deze stoffen een verstoppend effect zouden kunnen hebben. De werkzame stof psylliumvezels (Metamucil®/Volcolon®) valt niet in de rode of oranje categorie van de richtlijn voor verantwoord wisselen. Op basis hiervan is volgens de apotheker geen bezwaar tegen het volgen van het preferentiebeleid. De apotheker heeft zodoende conform werkafspraken 12 van de Leidraad Verantwoord Wisselen Medicijnen het niet-preferente middel Metamucil® 3,4g wel meegegeven, maar de kosten hiervan komen voor rekening van verzoeker. De ziektekostenverzekeraar herhaalt dat hij op grond van artikel 34 van de voorwaarden van de zorgverzekering niet inhoudelijk is betrokken in het proces waarbij de medische noodzaak wordt bepaald.

De ziektekostenverzekeraar bevestigt verder dat het niet-preferente geneesmiddel Metamucil® 3,4g meerdere jaren door hem is vergoed. In 2024 begon de apotheker echter te twijfelen aan de medische noodzaak voor dit geneesmiddel.

De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat in de zorgovereenkomsten, die door hem met de apotheken worden afgesloten, geen boetebeding is opgenomen. De ziektekostenverzekeraar hanteert wel een compliancebeleid, waarbij gecontracteerde apotheken worden verdeeld in drie profielen op basis van zeven criteria. Het afleveren van preferente geneesmiddelen is één van die criteria. Een lagere score kan ertoe leiden dat een apotheker wordt gekort op de standaarduitgifte of weekuitgifte. Een dergelijk laag profiel is echter het gevolg van de totale gewogen score over alle zeven criteria en niet het directe gevolg van het niet afleveren van preferente geneesmiddelen. Als een apotheker meent dat een lage preferentiegraadscore onterecht is vanwege de signaleringsfunctie, kan hij conform de overeenkomst contact opnemen met de ziektekostenverzekeraar. Als hij kan aantonen dat hij zijn signaleringsfunctie goed heeft vervuld, en voldoende overleg heeft gehad met de voorschrijvers, wordt de score aangepast. Zo wordt voorkomen dat financiële prikkels leiden tot het afleveren van preferente geneesmiddelen als er een medische noodzaak is voor een ander, niet-preferent middel.

- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar voornoemd compliancebeleid en benadrukt dat het ter hand stellen van niet-preferente geneesmiddelen hierbij nooit een direct effect heeft. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het in beginsel zo is dat de voorschrijvend arts moet worden gevolgd. Dit geldt echter niet onbeperkt. De apotheker heeft namelijk een signaleringsfunctie. Als de arts geen of onvoldoende onderbouwing geeft, dan moet apotheker onderbouwen waarom het niet verstrekken van het niet-preferente middel niet medisch onverantwoord is. De ziektekostenverzekeraar blijft zelf weg van de medische noodzaak. Hij kan wel contact opnemen met de apotheker en heeft dit ook gedaan. De apotheker heeft verklaard dat er overleg is geweest met de huisarts en dat er geen bezwaar is om het preferentiebeleid te volgen.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 18 maart 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is farmacotherapeutisch en juridisch beoordeeld.

De vraag die in dit geschil beantwoord moet worden is of het voor verzoeker farmacotherapeutisch onverantwoord is om Volcolon® (het preferente middel) te gebruiken, in plaats van Metamucil®.

Metamucil® is een merkgeneesmiddel met als werkzame stof psylliumvezels. Generieke alternatieven met dezelfde werkzame stof, hoeveelheid, toedieningsvorm zouden eenzelfde effect moeten hebben. Gebruikte hulpstoffen kunnen mogelijk afwijken tussen de geneesmiddelen onderling. Psylliumvezels zijn een (volumevergroterende) laxans. Psylliumvezels worden niet opgenomen in het lichaam. Na inname mengen de vezels zich met de darminhoud, nemen water op en maken zo de feces zacht. Ontlasting wordt hierdoor vergemakkelijkt.

Psylliumvezels staan niet vermeld op bijlage B (rode categorie) of bijlage C (oranje categorie) van de leidraad 'Verantwoord Wisselen Medicijnen'. Dit betekent dat het middel in de groene categorie valt. Bij geneesmiddelen die in de groene categorie vallen is wisselen in principe mogelijk, tenzij individueel patiëntgebonden factoren een wisseling niet of slecht mogelijk maken. Voorbeelden van individueel patiëntgebonden factoren zijn een allergie of intolerantie voor bepaalde hulpstoffen of in geval van een eerdere wisseling een gedocumenteerde bijwerking of verminderde werking.

(...)

In de brief van 21 oktober 2020 geeft de MDL-arts aan dat Volcolon® sorbitol/sacharose bevat, terwijl Metamucil® aspartaam bevat. Dit zou volgens de MDL-arts mogelijk een verklaring kunnen zijn voor het recidief van klachten.

De reden van gebruik voor het geneesmiddel Metamucil® is niet duidelijk op basis van de beschikbare informatie in het dossier. Vaak wordt Metamucil® voorgeschreven in verband met obstipatie. Indien dit bij verzoeker ook het geval is, verklaart de hulpstof sorbitol in Volcolon® niet dat de klachten terugkerden. Sorbitol heeft namelijk ook een laxerende werking. De andere hulpstof is natriumchloride (keukenzout). Uit de literatuur blijkt niet dat natriumchloride kan leiden tot obstipatieklachten. Ook blijkt op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet dat bij verzoeker sprake is van een intolerantie of allergie voor een van de hulpstoffen.

De huisarts van verzoeker verwijst naar het primaire voorschrift van de MDL-arts. Verder meldt de huisarts op het recept dat alternatieven contraproductief werken. Dit wordt verder echter niet nader toegelicht of onderbouwd door de huisarts. Ook is niet bekend hoe lang verzoeker in 2020 Volcolon® heeft gebruikt en wanneer de klachten precies optraden. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet vast te stellen of de klachten die verzoeker heeft ervaren, daadwerkelijk toe te schrijven zijn aan het gebruik van Volcolon®.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat er een medische noodzaak bestaat voor Metamucil®. Farmacotherapeutisch gezien is het niet onverantwoord voor verzoeker om de preferente variant psylliumvezels (Volcolon®) te gebruiken."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

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

Zorgverzekering

- 7.2. Een verzekeraar mag op grond van artikel 2.8, eerste lid, onder a, in verband met artikel 2.8, derde lid, Bzv een zogenoemd preferentiebeleid voeren. Hierbij wijst de verzekeraar ten minste één geneesmiddel aan (het 'preferente geneesmiddel') - van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen - dat voor de verzekerde beschikbaar is. Als de verzekeraar een dergelijk beleid voert, dan vormt dit een wezenlijk onderdeel van de verzekeringsovereenkomst. In het kader van de transparantie moet daarom, bij het aangaan of de verlenging van deze overeenkomst, het bestaan van een dergelijk beleid via de voorwaarden van de zorgverzekering kenbaar worden gemaakt. Ook moeten de consequenties van dit beleid voor de verzekerden kenbaar worden gemaakt, met name door publicatie van een lijst met door de verzekeraar als preferent aangewezen geneesmiddelen. Elke wijziging hierin lopende een verzekeringsjaar moet tijdig aan de verzekeringnemers worden meegedeeld, een en ander overeenkomstig artikel 19 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) van de Nederlandse Zorgautoriteit.
- 7.3. Als de verzekeraar een preferent geneesmiddel heeft aangewezen, dan geldt - als hoofdregel - dat de apotheek dit middel aan de verzekerde ter hand stelt. Hierop wordt alleen een uitzondering gemaakt als de behandeling met het preferente geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is. In dat geval, zo blijkt ook uit het arrest van de Hoge Raad van 9 juli 2021 (ECLI:NL:HR:2021:1111), heeft

de verzekerde op grond van artikel 2.8, vierde lid, Bzv aanspraak op verstrekking van het aan hem voorgeschreven geneesmiddel zonder dat hij eerst nog het preferente geneesmiddel moet proberen.

- 7.4. Behandeling met het preferente geneesmiddel kan medisch niet verantwoord zijn, als een allergie of overgevoeligheid voor een bepaalde vul- of hulpstof is vastgesteld dan wel als het wisselen van geneesmiddel voor betrokkene een risico oplevert, vanwege onder meer therapietrouw. De Leidraad Verantwoord Wisselen Medicijnen biedt hiervoor handvatten.
- 7.5. Het is aan degene die het recept afgeeft (de 'voorschrijver') om te motiveren dat de behandeling met het preferente geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is. Als de apotheker hiervan niet overtuigd is, dan dient deze contact te zoeken met de voorschrijver. Als dit niet tot overeenstemming leidt, dan ligt het op de weg van de apotheker om farmacologisch te onderbouwen waarom het gebruik van het preferente geneesmiddel door de verzekerde volgens hem niet medisch onverantwoord is.
- 7.6. Als de verzekeraar voor een bepaalde werkzame stof meer dan één geneesmiddel als preferent heeft aangewezen, dan kan hij van de verzekerde in redelijkheid vergen dat deze, in geval van een allergie of overgevoeligheid voor een bepaalde vul- of hulpstof, eerst één of meer andere preferente geneesmiddelen probeert die de desbetreffende stof niet bevatten, voordat de verzekerde aanspraak kan maken op het voorgeschreven geneesmiddel.
- 7.7. Het voorgaande brengt de commissie in het aan haar voorgelegde geschil tot het volgende. In artikel 34 van de voorwaarden van de zorgverzekering is het volgende bepaald:

"Voorkeursgeneesmiddelen

In bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering zijn groepen van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof opgenomen. Wij kiezen voor bepaalde werkzame stoffen een voorkeursgeneesmiddel. U heeft alleen recht op deze voorkeursgeneesmiddelen. U vindt de lijst met voorkeursgeneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg op onze website. Andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof vergoeden wij niet. Als een behandeling met een voorkeursgeneesmiddel medisch niet verantwoord is, vermeldt uw arts 'medische noodzaak' op het recept. U heeft dan recht op een ander geneesmiddel."

Het door verzoeker gebruikte geneesmiddel Metamucil® 3,4g bevat de werkzame stof psylliumvezels. Voor deze werkzame stof is door de ziektekostenverzekeraar in 2024 het geneesmiddel Volcolon® als preferent aangewezen

- 7.8. Het betreft hier een geneesmiddel dat valt in de categorie 'groen' volgens de Leidraad Verantwoord Wisselen Medicijnen, in welk geval wisselen tussen geneesmiddelen in principe mogelijk is. Het geneesmiddel komt daarnaast niet voor op de eerder gehanteerde lijst 'Wisselen Ongewenst' van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. Het Zorginstituut stelt in het advies van 18 maart 2025 vast dat op basis van het dossier niet duidelijk is waarom Metamucil® 3,4g is voorgeschreven. Het middel wordt vaak voorgeschreven in verband met obstipatie. Als dit bij verzoeker ook het geval is, verklaart de hulpstof sorbitol in Volcolon® niet dat de klachten terugkeerden, omdat sorbitol ook een laxerende werking heeft. Daarnaast blijkt uit de literatuur niet dat de andere hulpstof, natriumchloride, kan leiden tot obstipatieklachten. Verder stelt het Zorginstituut dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet blijkt dat bij verzoeker sprake is van een intolerantie of allergie voor een van de hulpstoffen. Het Zorginstituut concludeert dat niet is aangetoond dat er een medische noodzaak is voor het gebruik van Metamucil® 3,4g. De apotheker heeft dit in de verklaring van 11 februari 2025 bevestigd. Hieruit volgt dat bij verzoeker behandeling met het voorkeursgeneesmiddel in beginsel mogelijk is. Hoewel verzoeker dit heeft bestreden, blijkt uit de stukken dat de apotheker hierover contact heeft gezocht met de voorschrijver, in dit geval de huisarts van verzoeker. De commissie overweegt verder dat het, nu hij aanspraak maakt op verstrekking of vergoeding van Metamucil® 3,4g, op de weg van verzoeker lag te stellen en te onderbouwen dat behandeling met het voorkeursgeneesmiddel medisch niet verantwoord is. Hierin is hij niet geslaagd. De verklaringen van de huisarts op de nota en die van de MDL-arts in de brief van 21 oktober 2020 alsmede hetgeen in dit verband door verzoeker is gesteld kunnen niet overtuigen. Dit betekent dat het verzoek wordt afgewezen.

7.9. Verzoeker heeft nog aangevoerd dat de apotheker hem heeft verteld dat hij de Metamucil® 3,4g niet aan verzoeker wil verstrekken, omdat hij anders een boete krijgt van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft dit gemotiveerd weersproken. De commissie overweegt dat verzoeker weliswaar voornoemde stelling heeft ingenomen, maar niet met stukken heeft onderbouwd en ook anderszins niet aannemelijk gemaakt. Daarentegen blijkt uit het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde e-mailbericht van de apotheker van 11 februari 2025 dat zij van oordeel is dat bij verzoeker geen medische noodzaak aanwezig is voor het gebruik van Metamucil® 3,4g. Voornoemde stelling van verzoeker maakt de in 7.8 genoemde conclusie dus niet anders.

7.10. Wellicht ten overvloede merkt de commissie op dat verzoeker ook heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de vergoeding van de door hem ter declaratie ingediende nota heeft afgewezen, omdat deze niet rechtstreeks is gedeclareerd door de apotheek. De commissie overweegt dat artikel 34 van de voorwaarden van de zorgverzekering het rechtstreeks declareren van een nota door een apotheker niet noemt als voorwaarde om voor vergoeding in aanmerking te komen. In dit artikel wordt alleen vermeld dat als niet is gebleken van een medische noodzaak de apotheker betrokkene het voorkeursgeneesmiddel meegeeft. De vergoeding is dus in eerste instantie op de verkeerde grond afgewezen. Dit is echter door de ziektekostenverzekeraar hersteld in de heroverweging van 18 september 2024. De door verzoeker aangevoerde stelling maakt de in 7.8 genoemde conclusie dus niet anders.

Aanvullende ziektekostenverzekering

7.11. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde. Daarom kan het verzoek op grond van deze verzekering niet worden toegewezen

Slotsom

7.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 mei 2025,

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 er 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
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, tandarts-implantoloog of tandprotheticus.

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

Toestemming

1. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor een conventionele (normale) gebitsprothese:
 - a. Als er sprake is van extra techniekkosten voor een metalen versteviging, weekblijvende basis, non-toxic kunsthars/monomeervrije kunsthars en/of gaasversteviging/vezelversterker
 - b. Als u uw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen
 - c. Voor de toeslag zeer ernstig geslonken kaak
2. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor:
 - a. Een gebitsprothese op implantaten
 - b. Het rebasen (opvullen) of repareren van een gebitsprothese op implantaten
 - c. Een steg of drukknopen (mesostructuur)

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

FARMACEUTISCHE ZORG

Artikel 34. Geneesmiddelen

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

Deze zorg omvat ook:

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

Geregistreerde geneesmiddelen

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

Voorkeursgeneesmiddelen

In bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering zijn groepen van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof opgenomen. Wij kiezen voor bepaalde werkzame stoffen een voorkeursgeneesmiddel. U heeft alleen recht op deze voorkeursgeneesmiddelen. U vindt de lijst met voorkeursgeneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg op onze website. Andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof vergoeden wij niet. Als een behandeling met een voorkeursgeneesmiddel medisch niet verantwoord is, vermeldt uw arts 'medische noodzaak' op het recept. U heeft dan recht op een ander geneesmiddel.

Medische noodzaak

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

Voorkeursgeneesmiddelen en uw eigen risico

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

Zelfzorgmiddelen

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

Niet-geregistreerde geneesmiddelen

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

U heeft recht op de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

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

Tijdelijk geneesmiddelentekort

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

Dit is niet verzekerd

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

U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

Let op:

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

Eigen bijdrage

U bent voor sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.

Uw wettelijke eigen bijdrage is maximaal € 250 per kalenderjaar.

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

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

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Eigen bijdrage geneesmiddelen

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

Eigen risico

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

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

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

Hier kunt u terecht

Bij een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

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

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

Recept (voorschrift)

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

Voor hoeveel dagen mag uw apotheker geneesmiddelen aan u geven?

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

Nieuw geneesmiddel

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

Geneesmiddel op basis van een herhaalrecept

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

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

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

Anticonceptiepil en insuline

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

Toestemming

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

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

Anticonceptiemiddelen

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

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

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

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

Artikel 35. Dieetpreparaten

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

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

Dieetpreparaten

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

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

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

Dieetproduct

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

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

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

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, 2.6, 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.

Artikel 2.8

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

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

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.5

1. In bijlage 1 bij deze regeling worden genoemd:
 - a. de op grond van artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
 - b. de op grond van artikel 2.1, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen.
2. In bijlage 2 bij deze regeling worden vermeld:
 - a. categorieën van geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, waarvoor de farmaceutische zorg slechts aflevering van dat geneesmiddel omvat indien voldaan is aan de bij die categorieën vermelde criteria;
 - b. de voorwaarden waaronder en de termijn gedurende welke de farmaceutische zorg, bedoeld in de aanhef van artikel 2.8, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering de geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat.
3. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten behoren slechts tot de farmaceutische zorg indien voldaan is aan onderdeel 1 van bijlage 2 van deze regeling.
4. In bijlage 3, onderdelen A en B, bij deze regeling worden genoemd de geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een beslissing als bedoeld in artikel 2.50, vijfde lid, niet zijn aangewezen, geregistreerde geneesmiddelen ten aanzien waarvan het voornemen tot aanwijzing als bedoeld in artikel 2.50, achtste lid, niet is uitgevoerd en geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een wijziging van bijlage 1 niet meer zijn aangewezen.
5. Farmaceutische zorg, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel b, onder 1°, van het Besluit zorgverzekering, omvat geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan:
 - a. een geregistreerd UR-geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet waarover blijkt bijlage 1 en 3 bij deze regeling geen besluit over de aanwijzing, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering, is genomen;
 - b. een in bijlage 3, onderdeel A, bij deze regeling genoemd niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet, mits aan daarbij vermelde criteria wordt voldaan.