

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, tegen ONVZ Ziektelkostenverzekeraar N.V. te Houten
Zaak	: Farmaceutische zorg, taperingstrips, rationale farmacotherapie, citalopram
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlage 1 en 2 Rzv
Zaaknummer	: 202101635
Zittingsdatum	: 26 januari 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 11 augustus 2021 heeft verzoekster per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een niet-bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan; op 15 oktober 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 oktober 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 2 november 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 22 november 2021 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) per brief aan de commissie het voorlopig advies (zaaknummer: 2021042732) uitgebracht. Een kopie hiervan is op 23 november 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Op 5 januari 2022 heeft verzoekster, met het daarvoor bestemde formulier, verklaard dat zij alsnog instemt met een bindend advies.
- 2.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 januari 2022 gehoord.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Op 11 februari 2022 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de VvAA Zorgverzekering Basis (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoekster wenst het gebruik van het geneesmiddel citalopram geleidelijk af te bouwen door gebruik te maken van taperingstrips. Op 1 juli 2021 en 12 juli 2021 heeft zij de ziektekostenverzekeraar verzocht de kosten hiervan te vergoeden.
- 3.3. De behandelend psychiater heeft op 19 juli 2021 per brief over verzoekster verklaard:
"(...) Inmiddels zijn we gestart met verlagen van de citalopram d.m.v. taperingstrips. Vanwege toenemende onrust en toename angsten/paniek hebben we besloten een stabilisatieperiode in te voeren op 20mg. Op geleide van het beeld willen we weer verder gaan afbouwen d.m.v. taperingstrips en uiteindelijk de citalopram staken. Zo nodig kunnen we dan starten met een ander middel, maar eerst willen we graag kijken hoe het beeld is zonder medicatie. (...)"

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 juli 2021 per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat de taperingstrips met citalopram niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 3.5. Op 22 november 2021 heeft het Zorginstituut in het voorlopig advies verklaard:
 "(...) Beoordeling
 De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Afbouwschema

Het geschil betreft de vraag of er sprake is van rationele farmacotherapie bij het afbouwen van 30 mg per dag citalopram naar 20 mg per dag in 28 dagen. Afbouwen met kleinere tussenstappen dan mogelijk is met geregistreerde doseringen met behulp van apotheekbereidingen kan in sommige individuele gevallen aangewezen zijn. Er is dan wetenschappelijk bewijs nodig dat de verzekerde niet kan afbouwen met gebruik van geregistreerde doseringen in een afbouwschema zoals voorgesteld in de richtlijnen.

Multidisciplinair document

In september 2018 heeft de beroepsgroep (KNMP, NHG, NVvP) in samenwerking met de patiëntenorganisatie MIND een multidisciplinair document ontwikkeld over de afbouw van antidepressiva.¹ Het document geeft handvatten voor de afbouw van SSRI's en SNRI's. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen patiënten met en zonder risicofactoren voor antidepressivumdiscontinueringssyndroom (ADS). Voor beide groepen zijn voorbeelden gegeven van afbouwschema's. Vanwege het risico op doseerfouten bij het gebruik van een vloeibare toedieningsvorm, met name bij lage doseringen, ziet de werkgroep belangrijke risico's bij het afbouwen met behulp van vloeibare toedieningsvormen. Afbouwen met behulp van een druppelvloeistof wordt daarom afgeraden. Een afbouwschema waarin citalopram in 28 dagen wordt afgebouwd van 30 mg naar 20 mg en waarvoor apotheekbereidingen nodig zijn, wordt niet vermeld in het multidisciplinair document.

Literatuursearch

Het Zorginstituut heeft op 05 november 2021 een literatuursearch uitgevoerd in PubMed en in Cochrane. Het doel van deze literatuursearch is om publicaties te vinden met daarin bewijs over de werkzaamheid en effectiviteit van het afbouwen van citalopram van 30 mg naar 20 mg in 28 dagen met behulp van apotheekbereidingen.² Er werden in totaal 27 artikelen gevonden via PubMed, en 25 artikelen via Cochrane. Al deze artikelen gaan echter niet over het afbouwen van citalopram en zijn daarom niet geïnccludeerd.

De situatie van verzoekster

Verzoekster heeft angst om te snel af te bouwen. De psychiater heeft verklaard dat verzoekster tenminste één eerdere afbouw poging heeft gedaan maar dat deze mislukte. Daarnaast verklaart de psychiater dat er, mede vanwege het langdurig gebruik van citalopram en problemen bij de aanvang van de behandeling met citalopram, grote kans is op ernstige onttrekkingsverschijnselen. Verzoekster wil citalopram daarom langzaam afbouwen. De behandelende arts verklaart dat het voor verzoekster gewenst is haar medicatie over een periode van tenminste drie maanden af te bouwen middels taperingstrips. Verzoekster heeft citalopram geleidelijk afgebouwd van 30 mg naar 20 mg in een periode van 28 dagen. Door de toenemende klachten (onrust, angsten/paniek) is in overleg met de arts besloten om een stabilisatieperiode in te stellen op een dosering van 20 mg per dag.

Volgens het multidisciplinair document zijn eerdere mislukte stop pogingen een risicofactor voor antidiscontinueringssyndroom (ADS) die vrij consistent in de literatuur naar voren komt. Bij aanwezigheid van deze risicofactor is volgens de auteurs een meer geleidelijk afbouwschema aangewezen. In het voorbeeld afbouwschema van citalopram wordt in acht weken tijd geleidelijk afgebouwd vanaf 20 mg per dag (de minimaal effectieve dosering) naar 0 mg. Daarbij wordt de dagdosering citalopram iedere week verlaagd en zijn voor de afbouw van 10 mg citalopram naar 0 mg citalopram apotheekbereidingen nodig. Hoe de eerdere afbouw poging(en) van verzoekster

werd(en) vormgegeven is onbekend. Daarnaast ontbreekt in het dossier een onderbouwing voor de geleidelijke afbouw van 30 mg naar 20 mg, welke niet is opgenomen in het multidisciplinaire document en waarvan effectiviteit ook niet blijkt uit de wetenschappelijke literatuur.

Conclusie

Er kan geconcludeerd worden dat de werkzaamheid en effectiviteit van het afbouwschema van 30 mg naar 20 mg citalopram per dag in een periode van 28 dagen met behulp van apotheekbereidingen niet blijkt uit wetenschappelijke literatuur. Er is dan ook geen sprake van rationele farmacotherapie. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de taperingstrips met citalopram te vergoeden.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 4.79 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

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

Zorgverzekering

- 6.2. Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen die in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) zijn opgenomen alsmede bepaalde niet-onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen die door de minister zijn aangewezen, komen voor vergoeding in aanmerking. Dit volgt uit artikel 2.8, eerste lid, onder a, Bzv. Deze geneesmiddelen zijn vermeld op bijlage 1 en bijlage 2 Rzv.
Niet geregistreerde geneesmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als het gaat om (i) geneesmiddelen die zijn bereid door een apotheek of (ii) geneesmiddelen die op verzoek van een arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm van de Geneesmiddelenwet of (iii) geneesmiddelen die in de handel zijn in een ander land en bestemd zijn voor een patiënt die lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Verder geldt de eis dat sprake moet zijn van rationele farmacotherapie. Dit houdt in de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering. Dit volgt uit artikel 2.8, eerste lid, onder b, Bzv.
- 6.3. De aan verzoekster af geleverde taperingstrips met citalopram zijn magistraal bereid. De commissie overweegt dat sprake kan zijn van rationele farmacotherapie als de afbouw van citalopram plaatsvindt volgens het Multidisciplinair document 'Afbouwen SSRI's & SNRI's' (hierna: het multidisciplinair document). Verzoekster heeft het gebruik van citalopram afgebouwd met stappen van respectievelijk 0,5mg, 0,4mg en 0,3mg. Dit afbouwschema komt niet overeen met de afbouwschema's die in het multidisciplinair document zijn vermeld.

- 6.4. In het multidisciplinair document is vermeld dat bij aanwezigheid van risicofactoren voor ADS een keuze voor een meer geleidelijk afbouwschema kan worden gemaakt. Om een meer geleidelijk afbouwschema vorm te geven, zijn apotheekbereidingen nodig. Voor zover echter wordt afgeweken van het afbouwschema als vermeld in het multidisciplinair document, ligt het op de weg van verzoekster aan te tonen dat (i) de voornoemde risicofactoren voor ADS zich voordoen en dat (ii) het aangepaste afbouwschema voldoet aan de eis van rationale farmacotherapie. Uit de wetenschappelijke literatuur volgt de werkzaamheid en effectiviteit van het door verzoekster gehanteerde afbouwschema niet, zodat niet is voldaan aan de eis van rationele farmacotherapie. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 22 november 2021. Daarmee kan de vraag of in geval van verzoekster sprake is van risicofactoren voor ADS onbeantwoord blijven. Dit zal namelijk niet leiden tot een ander oordeel, aangezien aan beide van de genoemde voorwaarden moet zijn voldaan.
- 6.5. Hetgeen verzoekster overigens heeft aangevoerd, met name dat de rechtbank Gelderland in het vonnis van 19 december 2019 (ECLI:NL:RBGEL:2019:5935) heeft geoordeeld dat taperingstrips moeten worden vergoed in afwijking van het hiervoor genoemde afbouwschema, treft geen doel. De commissie merkt in dit verband op dat de rechtbank in onderdeel 4.17 juist heeft overwogen dat de effectiviteit van een meer geleidelijke afbouw niet in alle gevallen kan worden aangenomen en dat deze effectiviteit moet worden aangetoond met wetenschappelijke literatuur of bewijs van een lagere orde.
- 6.6. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoekster geen aanspraak kan maken op vergoeding van de aan haar afgeleverde taperingstrips op grond van de zorgverzekering.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. Bindend advies
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 februari 2022,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
 - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
 - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
 - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet,
 - 3°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners,
 - 4°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
 - 5°. artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;
 - c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
2. Farmaceutische zorg omvat geen:
 - a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
 - b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
 - c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
 - e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.
3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.
4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.
5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.

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

vergoedingslimiet voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.

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

Geneesmiddelen basisverzekering

Krijg ik mijn medicijnen vergoed?

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%, soms betaalt u een wettelijke eigen bijdrage
Start	Geen vergoeding
Student	De eigen bijdrage uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
Plus	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
Optimaal	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
Top	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
Excellent	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering

Wat u vergoed krijgt

De basisverzekering vergoedt op recept geleverde geneesmiddelen en de diensten van de apotheek die daarbij horen. Soms betaalt u een eigen bijdrage. Hieronder zetten we alles op een rij.

De basisverzekering vergoedt de volgende geneesmiddelen:

1. De door de overheid aangewezen geneesmiddelen die in bijlage 1¹ van de Regeling zorgverzekering staan. Bijna alle in Nederland gangbare geneesmiddelen vallen hieronder.
2. Geneesmiddelen die de apotheek op kleine schaal zelf maakt ('magistrale bereidingen') of bij een andere apotheek laat maken ('doorgeleverde bereidingen'²). Het mag niet gaan om een geneesmiddel dat (bijna) hetzelfde is als een geneesmiddel dat volgens 1 niet wordt vergoed. Behalve als in de Regeling zorgverzekering staat dat het wel mag.
3. Geneesmiddelen zonder handelsvergunning in Nederland, die met toestemming van de overheid in Nederland worden gemaakt of uit het buitenland worden gehaald. Uw arts vraagt dit speciaal voor u aan als u een zeldzame ziekte heeft.
4. Bij een tijdelijk tekort aan een geneesmiddel van nummer 1: een vervangend geneesmiddel uit het buitenland.

De vergoedingen bij 2, 3 en 4 gelden alleen voor rationele farmacotherapie. Dat betekent dat we uit onderzoek weten dat het geneesmiddel goed werkt en dat de vorm (bijvoorbeeld pil, injectie of zalf) voor u geschikt is. Ook mag het middel niet onnodig duur zijn.

Sommige geneesmiddelen vergoedt de basisverzekering alleen als u aan bepaalde voorwaarden voldoet. Bijvoorbeeld dat u een bepaalde aandoening heeft. Die geneesmiddelen en de voorwaarden staan in bijlage 2¹ van de Regeling zorgverzekering.

Hoe zit het met mijn geneesmiddel?

Weet u de werkzame stof of de merknaam van uw geneesmiddel? Op medicijnkosten.nl ziet u snel of de basisverzekering het geneesmiddel vergoedt en met welke voorwaarden. Ook staat daar wat de maximale vergoeding is en of er een eigen bijdrage geldt.

¹ Deze vindt u op wetten.overheid.nl

² Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.vvaa.nl/verzekeringen/zorgverzekering - 030 639 64 00

En de eigen bijdrage?

De overheid bepaalt per groep van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, hoeveel wij maximaal mogen vergoeden. Als u een duurder middel kiest, moet u bijbetalen. Dit is de wettelijke eigen bijdrage. U betaalt nooit meer dan € 250 per jaar aan wettelijke eigen bijdragen voor geneesmiddelen. De aanvullende verzekeringen Student, Plus, Optimaal, Top en Excellent vergoeden de wettelijke eigen bijdragen tot een maximaal bedrag per kalenderjaar. Daarvoor geldt de vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering.

Mag ik mijn geneesmiddel zelf kiezen?

Uw geneesmiddel mag niet onnodig duur zijn. Daarom geeft de apotheker u meestal een merkloos geneesmiddel mee. Een merkgeneesmiddel vergoeden wij als er geen merkloze variant bestaat of als het merkgeneesmiddel medisch gezien voor u nodig is. Is die medische noodzaak er niet, maar wilt u toch een merkgeneesmiddel? Dan vergoeden wij de laagste prijs van het merkloze geneesmiddel. De rest moet u zelf betalen.

Hier kunt u terecht

- apothek
- apothekhoudende huisarts

Voor sommige geneesmiddelen gelden ook andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld:

- dieetpreparaten
- voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen
- middelen voor anticonceptie

Dit vergoedt de basisverzekering niet

- geneesmiddelen bij wetenschappelijk onderzoek
- geneesmiddelen die volgens de wet beschikbaar zijn voor bepaalde schrijnende gevallen
- zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers, als u deze niet chronisch moet gebruiken

Andere vergoedingen

De basisverzekering vergoedt de volgende middelen niet. Uw aanvullende verzekering soms wel:

- vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor uw (vakantie)reis
- homeopathische en antroposofische geneesmiddelen¹

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor geneesmiddelen uit de basisverzekering geldt het eigen risico. Het eigen risico geldt ook als de basisverzekering uw wettelijke eigen bijdragen boven € 250 vergoedt.

De eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen betaalt u een wettelijke eigen bijdrage. Maar totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Daarboven vergoedt de basisverzekering de wettelijke eigen bijdragen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift (recept) hebben voor het geneesmiddel

Wij vergoeden geneesmiddelen alleen als ze zijn voorgeschreven door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant².

Voor sommige geneesmiddelen moet u vooraf toestemming vragen

Sommige geneesmiddelen vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming³ hebben gegeven.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Soms krijgt u uw geneesmiddel van het ziekenhuis

Geneesmiddelen die u krijgt als onderdeel van zorg door de medisch specialist of tijdens een ziekenhuisopname betaalt u niet apart. Ze zitten in de rekening van het ziekenhuis.

¹ Zie hiervoor de vergoeding Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg

² De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

³ Zie hiervoor: www.vvaa.nl/verzekeringen/zorgverzekering/voorwaarden-2021

Woont u in een Wlz-instelling? Dan regelt die vaak uw geneesmiddelen

Als u ook behandeling krijgt van de Wlz-instelling, dan horen geneesmiddelen daarbij.

U krijgt een vaste 'afleverhoeveelheid' mee

Per recept vergoeden wij de kosten van een geneesmiddel voor:

- 15 dagen of de kleinste afleververpakking, bij een voor u nieuw geneesmiddel
- 15 dagen, bij antibiotica voor een acute aandoening of bij middelen voor chemotherapie (cytostatica)
- maximaal 1 maand, bij slaapmiddelen (hypnotica) en middelen tegen angst (anxiolytica)
- maximaal 3 maanden, bij een geneesmiddel voor een chronische ziekte
- maximaal 1 jaar, bij de anticonceptiepil
- maximaal 1 maand, bij geneesmiddelen duurder dan € 1.000 per maand tijdens de instelperiode van 6 maanden
- maximaal 1 maand in andere gevallen

Valt een geneesmiddel onder meer categorieën? Dan geldt de kortste periode.

Geneesmiddelen aanvullende verzekering

Een aanvulling op de vergoedingen van de basisverzekering.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Start	Geen vergoeding
Student	€ 100 voor eigen bijdragen, geregistreerde geneesmiddelen en verbandmiddelen Max. per kalenderjaar
Plus	€ 150 voor eigen bijdragen, geregistreerde geneesmiddelen en verbandmiddelen Max. per kalenderjaar
Optimaal	€ 300 voor geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen, melatonine, waarvan max. € 250 voor eigen bijdragen Max. per kalenderjaar
Top	€ 1.500 voor geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen, melatonine, waarvan max. € 250 voor eigen bijdragen Max. per kalenderjaar
Excellent	100% geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen, melatonine, waaronder max. € 250 voor eigen bijdragen Max. per kalenderjaar

Wat u vergoed krijgt

De **basisverzekering** vergoedt de meeste geneesmiddelen waarvoor u een recept heeft. Daarvoor geldt de vergoeding Geneesmiddelen basisverzekering. Soms betaalt u een eigen bijdrage.

De **aanvullende verzekeringen** Student en hoger vergoeden:

- de wettelijke eigen bijdragen
- geregistreerde geneesmiddelen die de basisverzekering niet vergoedt
- de terhandstelling en het begeleidingsgesprek van de apotheek¹ van deze geneesmiddelen
- verbandmiddelen als u bij een arts onder behandeling bent voor een huidaandoening of wond, als ze niet onder de vergoeding Verbandmiddelen vallen

¹ Zie hiervoor: www.vvaa.nl/verzekeringen/zorgverzekering/voorwaarden-2021

Optimaal en hoger vergoeden ook nog:

- melatonine van 0,3 mg of meer per eenheid

Student, Plus, Optimaal en Top vergoeden per kalenderjaar maximaal het bedrag hierboven. Excellent vergoedt de zorg volledig. Van deze vergoedingen mag u maximaal € 250 gebruiken voor wettelijke eigen bijdragen.

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Andere vergoedingen

Voor sommige geneesmiddelen gelden (ook) andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld:

- homeopathische of antroposofische geneesmiddelen¹
- vaccinaties en preventieve middelen voor uw (vakantie)reis
- middelen voor anticonceptie
- geneesmiddelen basisverzekering

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Voor geneesmiddelen uit de aanvullende verzekering geldt geen eigen risico.

De eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen die de basisverzekering vergoedt, betaalt u een wettelijke eigen bijdrage. De aanvullende verzekeringen vergoeden die eigen bijdrage, volgens de vergoeding die u nu leest. Maar totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Daarboven vergoedt de basisverzekering de wettelijke eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift (recept) hebben van een arts of andere voorschrijver

Wij vergoeden geneesmiddelen, verbandmiddelen en melatonine alleen als ze zijn voorgeschreven door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant².

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

U krijgt een vaste 'afleverhoeveelheid' mee

Per recept vergoeden wij de kosten van een geneesmiddel voor:

- 15 dagen of de kleinste afleververpakking, bij een voor u nieuw geneesmiddel
- 15 dagen, bij antibiotica voor een acute aandoening of bij middelen voor chemotherapie (cytostatica)
- maximaal 1 maand, bij slaapmiddelen (hypnotica) en middelen tegen angst (anxiolytica)
- maximaal 3 maanden, bij een geneesmiddel voor een chronische ziekte
- maximaal 1 jaar, bij de anticonceptiepil
- maximaal 1 maand, bij geneesmiddelen duurder dan € 1.000 per maand tijdens de instelperiode van 6 maanden
- maximaal 1 maand in andere gevallen

Valt een geneesmiddel onder meer categorieën? Dan geldt de kortste periode.

Soms krijgt u uw geneesmiddel van het ziekenhuis

Geneesmiddelen die u krijgt als onderdeel van zorg door de medisch specialist of tijdens een ziekenhuisopname betaalt u niet apart. Ze zitten in de rekening van het ziekenhuis.

¹ Zie hiervoor de vergoeding Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg

² De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist