

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. L. Ritzema, mr. J.J.M. Linders, mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202400579

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

NV Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 26 juli 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 15 augustus 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 27 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 1 oktober 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 30 oktober 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024036431) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op dezelfde datum aan partijen gezonden.
- 1.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 november 2024 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 28 november 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 30 oktober 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 3 december 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Univé Zorg Geregeld (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering(en) Gemeentepakket Compleet en Gemeentepakket Herverzekeringen Verplicht Eigen Risico €0,- (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is verder niet in geschil en blijft om deze reden verder onbesproken.

- 2.2. Verzoekster gebruikt het magistraal bereide geneesmiddel dexamfetamine 5 mg niet-retard. Zij heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten van dit geneesmiddel te vergoeden.
- 2.3. Bij brief van 22 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor vergoeding van de kosten van dit geneesmiddel wordt afgewezen.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 13 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 30 oktober 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 3 december 2024 heeft het Zorginstituut de commissie geïnformeerd dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. **Standpunt verzoekster**

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van het magistraal bereide geneesmiddel dexamfetamine 5 mg niet-retard te vergoeden.
- 3.2. Zij heeft hiertoe in haar e-mailbericht van 9 maart 2024 aangevoerd dat voor het geneesmiddel een medische noodzaak bestaat. Verzoekster gebruikte tot 2017 methylenfenidaat. In overleg met de behandelend psychiater is zij toen overgestapt op dexamfetamine. Op dat moment werd dexamfetamine alleen nog magistraal bereid. Toen Amfexa® op de markt kwam is verzoekster dit geneesmiddel gaan gebruiken. Zij ervoer hiervan echter veel bijwerkingen en weinig therapeutisch effect. Met de zogenoemde B2-code kreeg zij vervolgens het magistraal bereide geneesmiddel weer afgeleverd en de kosten hiervan werden door haar vorige zorgverzekeraar vergoed. De naam Amfexa® is inmiddels gewijzigd in Tentin®. Voor verzoekster is het geen optie dit geneesmiddel opnieuw te gaan gebruiken. Verzoekster verwijst voor een onderbouwing van haar stellingen naar het arrest van het Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden van 1 november 2022 (ECLI:NL:GHARL:2022:9382) en de uitspraak van de rechtbank Noord-Holland van 3 januari 2023 (ECLI:NL:RBNHO:2023:6). Daarnaast heeft verzoekster een verklaring overgelegd van haar apotheek, waarin staat dat deze enkel magistraal bereide geneesmiddelen direct aan de patiënt levert.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de verklaring van haar arts leidend zou moeten zijn. De arts vond het geneesmiddel van Amfexa® en later Tentin® niet geschikt voor verzoekster. Verzoekster kan niet verklaren waarom het magistraal bereide geneesmiddel wel voor haar werkt en het eerder gebruikte geneesmiddel niet. Het kan aan bepaalde hulpstoffen liggen of hoe snel een bepaalde pil na inname uit elkaar valt. Inmiddels is verzoekster overgestapt naar een andere ziektekostenverzekeraar dus het uitproberen van het geneesmiddel van Tentin® is niet meer aan de orde.

4. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het magistraal bereide geneesmiddel dexamfetamine 5mg, niet-retard niet voor vergoeding vanuit de zorgverzekering in aanmerking komt. Hij heeft hiertoe aangevoerd, zoals verwoord in de brief van 27 september 2024 dat op grond van artikel 35 van de verzekeringsvoorwaarden niet-geregistreerde geneesmiddelen alleen worden vergoed indien vooraf toestemming is gegeven. Er is door verzoekster geen toestemming gevraagd. Als er wel vooraf toestemming was gevraagd, dan was deze niet verleend, omdat er voor dexamfetamine 5 mg niet-retard een aantal (nagenoeg) gelijkwaardige

geregistreerde geneesmiddelen is opgenomen op bijlage 1 bij artikel 2.5, eerste lid, van de Regeling zorgverzekering. Op grond van artikel 2.8, tweede lid, aanhef en onder d, van het Besluit zorgverzekering komt een magistraal bereid geneesmiddel niet voor vergoeding in aanmerking als er een nagenoeg gelijkwaardig geregistreerd geneesmiddel beschikbaar is. Het gaat hierbij om Tentin® 5 mg (RVG-nummer 124800), Dexamfetamine DMB (RVG-nummer 115446) en Adhesa® 5 mg (RVG-nummer 128087).

- 4.2. De vermelding van de medische noodzaak is niet relevant voor de vergoeding van het onderhavige geneesmiddel omdat de werkzame stof niet is opgenomen in het preferentiebeleid. De stellingen over de bijwerkingen en het therapeutische effect van Amfexa® zijn niet nader onderbouwd met een verklaring van de behandelend arts. Tentin® en Amfexa® bevatten dezelfde werkzame stof, maar Tentin® is ook in de dosering van 5 mg beschikbaar. Voor Amfexa® was dit niet het geval. In het geval aantoonbaar blijkt dat Tentin® onvoldoende therapeutisch effect heeft of voor bijwerkingen zorgt, zijn er nog andere (nagenoeg) gelijkwaardige geregistreerde geneesmiddelen beschikbaar. Op het moment dat er geen geregistreerde geneesmiddelen beschikbaar zijn of deze niet tot de mogelijkheden behoren, kan worden beoordeeld of verzoekster is aangewezen op een niet-geregistreerd geneesmiddel zoals een apotheekbereiding. Hierbij moet dan aan de criteria van rationele farmacotherapie zijn voldaan. Onder rationele farmacotherapie wordt verstaan: "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"
- 4.3. Bij de door verzoekster aangehaalde jurisprudentie gaat het om de werkzame stof dexmethylfenidaat (retard) en niet om dexamfetamine. De aard en de vergoedingsvoorwaarden van de beide werkzame stoffen zijn verschillend en daarom zijn de uitspraken volgens de ziektekostenverzekeraar hier niet van toepassing. De verklaring van de apotheek is eveneens niet van toepassing. Een apotheekbereiding komt niet voor vergoeding in aanmerking zolang er geschikte geregistreerde geneesmiddelen beschikbaar zijn. Het maakt dan niet uit op welke wijze het middel is bereid. Het geneesmiddel dat door verzoekster is gedeclareerd, is in het landelijk Geneesmiddelen Vergoedingssysteem opgenomen als 'doorgeleverde bereiding'.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald en verwezen naar wat hij eerder in de procedure heeft aangevoerd.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 30 oktober 2024 (door het Zorginstituut als definitief bestempeld bij brief van 3 december 2024) heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is farmacotherapeutisch en juridisch beoordeeld.

Verzoekster gebruikt sinds 2017 dexamfetamine. Bij de behandeling van ADHD kan ter ondersteuning medicatie worden overwogen. Methyfenidaat is dan de eerste keus. Bij onvoldoende effect of hinderlijke bijwerkingen komt dexamfetamine in aanmerking. Dexamfetamine is een opwekkend middel dat ervoor zorgt dat de aandacht beter kan worden vastgehouden.

Bijlage 2 voorwaarde

Verzoekster heeft langere tijd methyfenidaat gebruikt, waarbij zij hinderlijke bijwerkingen ervaarde. Hiermee voldoet verzoekster aan de voorwaarde van Bijlage 2 van de Rzv voor geregistreerde geneesmiddelen met dexamfetamine.

Geregistreerde alternatieven

Er zijn geregistreerde geneesmiddelen met dexamfetamine (merknaam Tentin®) beschikbaar in de sterktes 5 mg, 10 mg, en 20 mg. Er zijn derhalve gelijkwaardige geregistreerde geneesmiddelen beschikbaar die vergoed worden. In het dossier is niet door een behandelend arts onderbouwd dat Tentin® onvoldoende geneeskundig effect heeft of voor bijwerkingen zorgt bij verzoekster.

Verzoekster is daarom niet redelijkerwijs aangewezen op dexamfetamine 5 mg niet-retard. Er wordt verder niet toegekomen aan de beoordeling of sprake is van rationele farmacotherapie. Verzoekster voert aan dat er sprake is van medische noodzaak voor het gebruik van dexamfetamine 5mg niet-retard. Een medische noodzaak is echter niet relevant voor de beoordeling van de aanspraak op een apotheekbereiding.

Conclusie

Apotheekbereidingen worden alleen ingezet wanneer er geen geregistreerd (nagenoeg) gelijkwaardig geneesmiddel beschikbaar is. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat het beschikbare geregistreerde alternatieve geneesmiddel niet effectief is gebleken of dat de bijwerkingen niet getolereerd worden. Verzoekster is derhalve niet redelijkerwijs aangewezen op dexamfetamine 5 mg niet-retard en kan geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster is niet redelijkerwijs aangewezen op dexamfetamine 5 mg niet-retard als apotheekbereiding."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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 (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over farmaceutische zorg en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' 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.
- 7.2. 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 geneesmiddelen die (i) zijn bereid door een apotheek, (ii) 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) 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. Het gaat daarbij om een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm voor behandeling, preventie of diagnose van een aandoening. Bovendien dienen de werkzaamheid en effectiviteit van het geneesmiddel te blijken uit wetenschappelijke literatuur, waarbij het geneesmiddel tevens het meest economisch dient te zijn voor de zorgverzekeraar. Dit laatste volgt uit artikel 2.8, eerste lid, onder b, Bzv en is opgenomen in artikel 35 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.3. Verzoekster heeft ADHD en gebruikte eerder methylfenidaat, het geneesmiddel van eerste keuze. Vanaf 2017 is zij overgeschakeld op het geneesmiddel dexamfetamine 5 mg met reguliere afgifte. Dit geneesmiddel wordt bereid door een apotheek. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster voldoet aan de voorwaarden van bijlage 2 van de Rzv voor dexamfetamine. In geschil

is of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de apotheekbereiding van dit geneesmiddel.

- 7.4. In het voorlopig advies van het Zorginstituut van 30 oktober 2024 wordt toegelicht dat magistraal bereide geneesmiddelen alleen voor vergoeding in aanmerking komen als een verzekerde hierop redelijkerwijs is aangewezen en de behandeling met het geneesmiddel is aan te merken als rationele farmacotherapie. Er zijn geregistreerde geneesmiddelen met dexamfetamine (merknaam Tentin®, voorheen merknaam Amfexa®) voorhanden in de sterktes 5 mg, 10 mg, en 20 mg. Er zijn derhalve gelijkwaardige geregistreerde geneesmiddelen beschikbaar die vergoed worden. Verzoekster heeft weliswaar gesteld dat Tentin® onvoldoende geneeskundig effect heeft of voor bijwerkingen zorgt, maar een onderbouwing daarvan door haar behandelend arts ontbreekt. Verzoekster is daarom niet redelijkerwijs aangewezen op magistraal bereide dexamfetamine 5 mg niet-retard. Aan de beoordeling of sprake is van rationele farmacotherapie wordt niet toegekomen, aldus het Zorginstituut. Geadviseerd wordt het verzoek af te wijzen.
- 7.5. Dat een medische noodzaak bestaat voor het geneesmiddel dexamfetamine 5 mg niet-retard, zoals door verzoekster is gesteld, is in dit verband niet relevant. Het begrip medische noodzaak speelt alleen een rol in het kader van het preferentiebeleid van de zorgverzekeraar, in het geval dat een verzekerde wil kiezen voor een niet-preferent geregistreerd geneesmiddel. Die situatie is hier niet aan de orde. Dat verzoekster eerder Amfexa® (nu bekend onder Tentin®) gebruikte doet daaraan niet af. De verwijzingen van verzoekster naar het arrest van het Hof Arnhem-Leeuwarden en de uitspraak van de rechtbank Noord Holland treffen geen doel, aangezien die kwesties betrekking hebben op magistraal bereide dexmethyلفenidaat. Dat is een andere werkzame stof en deze wordt niet door verzoekster gebruikt. De commissie ziet ook in wat verder door verzoekster is aangevoerd geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt het advies over. Dit betekent dat verzoekster niet in aanmerking komt voor vergoeding van de magistraal bereide dexamfetamine in de sterkte van 5 mg, ten laste van de zorgverzekering. Of er wel of geen sprake is van een doorgeleverde bereiding kan daarmee in het midden blijven.

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
8. **Bindend advies**
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 december 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

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.

Eigen bijdrage gebitsprothese

U heeft recht op een gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak. U betaalt hiervoor een eigen bijdrage. De eigen bijdrage geldt ook voor de kosten van het plaatsen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (mesostructuur). Een mesostructuur is de niet uitneembare constructie tussen implantaten en het kunstgebit (het kliksysteem). De kosten van het trekken van tanden en kiezen komen niet voor vergoeding in aanmerking, maar worden mogelijk wel vergoed als u een aanvullende (tandarts) verzekering heeft. Naast een eigen bijdrage is ook een eigen risico van toepassing. Voor een implantaat voor een volledige gebitsprothese als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak heeft, zie artikel 32.2.

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 de totale kosten (inclusief techniekkosten) hoger zijn dan:
 - € 600 voor een boven- of onderkaak
 - € 1.200 voor een boven- en onderkaak samen
 - 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 drukknoop (mesostructuur)

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

FARMACEUTISCHE ZORG

Artikel 35. 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 laxermiddelen, kalktabletten, 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 van de Gezondheidszorg 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 reisivaccinaties
- 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.