



ANONIEM BINDEND ADVIES

- Partijen** : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg
- Zaak** : Farmaceutische zorg, afbouwmedicatie bupropion, taperingstrips, rationale farmacotherapie
- Regelgeving** : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020
- Zaaknummer** : 202002673
- Zittingsdatum** : 28 april 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 3 februari 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 maart 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op dezelfde dag aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 9 april 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021009735) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 13 april 2021 aan partijen gestuurd. Verzoekster heeft op 22 april 2021 op het advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op dezelfde dag ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 7 april 2021 respectievelijk 12 april 2021 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.5. De reactie van verzoekster op het voorlopig advies van het Zorginstituut is op 3 mei 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 11 mei 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld hierop binnen tien dagen te reageren, maar hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgkeuzepolis (restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering CZ Jongeren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster gebruikt al enige tijd het antidepressivum bupropion. Eerst in een dosering van 300 mg, nu in een dosering van 150 mg. Omdat helemaal stoppen met het middel vooralsnog niet lukt, heeft de behandelend arts aan verzoekster voorgesteld dit af te bouwen in kleine stappen met behulp van zogenoemde taperingstrips. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd deze afbouwmedicatie aan haar te vergoeden.

- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 augustus 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat de afbouwmedicatie voor bupropion niet wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 13 oktober 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Op 9 april 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

“(…) De informatie in het dossier is farmacotherapeutisch en juridisch beoordeeld.

Afbouwschema

Het geschil betreft de vraag of sprake is van rationele farmacotherapie bij het afbouwen van 150 mg naar 40 mg bupropion in 28 dagen en vervolgens van 40 mg naar 0 mg bupropion wederom in 28 dagen.

Afbouwen met kleinere tussenstappen dan mogelijk is met geregistreerde doseringen met hulp van apotheekbereidingen kan in sommige individuele gevallen aangewezen zijn. Er is dan wetenschappelijk bewijs nodig dat aantoont dat het afbouwschema effectief en werkzaam is.

Richtlijnen

De afbouw van antidepressiva wordt beschreven in de Zorgstandaard Depressieve stoornissen (2018), de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (3e revisie, 2013), het multidisciplinair document 'Afbouwen SSRI's & SNRI's' (selectieve serotonineheropnameremmers & serotonine-noradrenalineheropnameremmers; 2018) en de NHG-Standaard Depressie (2019). Aangezien het multidisciplinair document 'Afbouwen SSRI's & SNRI's' geen adviezen geeft over de afbouw van andere antidepressiva zoals de catecholaminen-heropnameremmers, wordt dit document verder buiten beschouwing gelaten. De NHG-Standaard verwijst bij informatie over afbouw van antidepressiva naar het Multidisciplinaire Document 'Afbouwen SSRI's & SNRI's' en wordt daarom eveneens niet betrokken in dit advies.

Zorgstandaard Depressieve stoornissen (2018)

De Zorgstandaard Depressieve stoornissen beschrijft het gehele zorgtraject voor patiënten vanaf de leeftijd van 8 jaar met depressieve klachten en stoornissen. De Zorgstandaard stelt dat zorgvuldige begeleiding bij het afbouwen en staken van de medicamenteuze behandeling tijdens en na het afbouwen noodzakelijk is. Hierbij besteedt men aandacht aan de onttrekkingsverschijnselen die kunnen lijken op symptomen van terugval, maar hiervan onderscheiden moeten worden. Om terugval te voorkomen of tijdig te herkennen dient men bij het afbouwen van de medicatie de dosering geleidelijk te verlagen. Hiervoor neemt men ruim de tijd, ten minste twee maanden tot een halfjaar. Het afbouwen kan (veel) sneller plaatsvinden als de afbouw gericht is op het overstappen naar een ander antidepressivum. Voor dosisreductie en het secuur afbouwen van de medicatie dienen behandelaar en patiënt een afbouwschema te volgen dat past bij het geneesmiddel en bij de (eerdere ervaringen van de) patiënt. Het doel hiervan is het risico op onttrekkingsverschijnselen (die afhankelijk van het gebruikte middel weinig of frequenter voorkomen) en terugval, of de ernst ervan, zo veel mogelijk te beperken. Voor tapering (het geleidelijk, in kleine stappen afbouwen van medicatie) kan het nodig zijn af te wijken van de standaarddoseringen, bijvoorbeeld door dosering in druppelvorm aan te bieden of tabletten in lagere doseringssterktes dan geleverd door de fabrikant te gebruiken.

Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (3e revisie, 2013)

De Multidisciplinaire Richtlijn Depressie beschrijft de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. Volgens deze richtlijn is er na een eerste episode ten aanzien van de wijze van afbouwen van antidepressiva geen verschil in risico op een terugval/recidief-episode bij langzaam uitsluipen van het antidepressivum ten opzichte van het abrupt stoppen. Bij patiënten met recidief-episoden is een geleidelijke afbouw gunstiger ten aanzien

van preventie of terugval. De richtlijn stelt dat onderzoek naar de duur en wijze van afbouw van antidepressiva wenselijk is. Verder staat in de richtlijn dat het is aanbevolen om de patiënt goed te begeleiden bij het afbouwen. Hulpverleners wordt aangeraden afspraken met patiënten te maken over afbouwen en stoppen van hulp en over eventuele nazorg. Dit betekent dat patiënten goede uitleg over deze stappen ontvangen. Zo dient de hulpverlener de patiënt vóór het afbouwen te attenderen op specifieke onttrekkingsverschijnselen. Het gaat om meer verschijnselen dan alleen het terugkeren van de depressie. Bij sommige patiënten zijn deze onttrekkingsverschijnselen zo heftig dat niet gestopt kan worden.

Een soortgelijk voorbeeld van een afbouwschema waarin een catecholaminenheropnameremmer zoals bupropion geleidelijk wordt afgebouwd van 150 mg naar 0 mg in twee keer 28 dagen (bijna twee maanden) wordt in zowel de Zorgstandaard als de Multidisciplinaire Richtlijn niet genoemd.

Literatuursearch

Het Zorginstituut heeft op 26 maart 2021 een literatuursearch uitgevoerd in PubMed. Het doel van deze literatuursearch is om nieuwe publicaties te vinden die niet zijn meegenomen door de richtlijnen, met daarin bewijs voor de werkzaamheid en effectiviteit van het afbouwen van bupropion van 150 mg naar 0 mg in twee keer 28 dagen met behulp van apotheekbereidingen. Er werden in totaal vier artikelen gevonden (zie bijlage 1 voor de literatuurlijst). Deze artikelen gaan echter niet over het afbouwen van bupropion en zijn daarom niet geïnccludeerd. Er is geen enkele wetenschappelijke publicatie gevonden met betrekking tot de afbouw van bupropion van 150 mg naar 0 mg in ongeveer twee maanden tijd.

Situatie van verzoekster

Na een eerder mislukte afbouw poging wil verzoekster bupropion zeer geleidelijk afbouwen. Samen met de huisarts heeft verzoekster besloten om langzaam af te bouwen over een periode van ongeveer twee maanden. Uit het dossier blijkt dat de huisarts van verzoekster de voorschrijver van de taperingstrips is. Een onderbouwing van de huisarts van verzoekster is echter niet toegevoegd aan het dossier. Hierdoor kan het Zorginstituut de motivatie van de huisarts niet betrekken in dit geschil.

Conclusie

De Multidisciplinaire Richtlijn Depressie en Zorgstandaard Depressieve Stoornissen adviseren om bupropion geleidelijk af te bouwen. De richtlijn en zorgstandaard geven echter geen handvatten met betrekking tot het vormgeven van een afbouwschema. Op basis van de richtlijn, zorgstandaard en de uitgevoerde literatuursearch kan niet geconcludeerd worden dat het afbouwschema van verzoekster werkzaam en effectief is. Er kan dan ook niet geconcludeerd worden dat sprake is van rationele farmacotherapie. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van de taperingstrips waarmee bupropion van 150 mg naar 0 mg in twee keer 28 dagen wordt afgebouwd ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van taperingstrips met bupropion ten laste van de basisverzekering. (...)"

3.6. Het Zorginstituut heeft op 11 mei 2021, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) De ontvangen stukken betreffen een brief van de moeder van verzoekster, twee behandelplannen (uit 2014 en 2019) en een factuur. Naar aanleiding van deze stukken merkt het Zorginstituut het volgende op. De moeder van verzoekster beschrijft in haar brief de reden van het gebruik van bupropion (ernstige depressiviteit) en welke onttrekkingsverschijnselen zijn opgetreden (terugkomen van depressieve gevoelens). De brief en de behandelplannen bevatten echter geen onderbouwing van de wijze van afbouwen. De conclusie van het voorlopig advies dat er geen sprake is van rationele farmacotherapie wijzigt daarom niet. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de afbouwmedicatie met bupropion alsnog te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.

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 A.22. van de 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 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.

Standpunt verzoekster

6.2. Verzoekster gebruikt het middel bupropion op dit moment in een dosering van 150 mg. Dit is de laagste dosering die regulier verkrijgbaar is. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de eerstvolgende stap het geheel stoppen met het middel. Als het zo eenvoudig was, had verzoekster dit al gedaan. De overgang van 300 mg naar 150 mg was voor haar al heftig. Een poging om helemaal te stoppen is mislukt vanwege onttrekkingsverschijnselen. Verzoekster wil graag van deze medicatie af. In overleg met de huisarts is een afbouwschema voorgesteld. Zij moet dan 28 dagen een dosering gebruiken die loopt van 150 mg naar 40 mg, en daarna 28 dagen een dosering die loopt van 40 mg naar 0 mg.


6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van deze afbouwmedicatie afgewezen omdat het niet het meest economisch zou zijn vanwege de hoge kosten. Ook zou de werkzaamheid en effectiviteit van de taperingstrips niet blijken uit wetenschappelijke literatuur. Verzoekster merkt hierover op dat de kosten van de taperingstrips minder dan € 200,- zijn voor de gehele duur. Als zij het middel bupropion in een dosering van 150 mg zou blijven gebruiken, dan zijn deze kosten er snel uit. Dat heeft een economisch voordeel, maar zal ook vooral een winst zijn voor de gezondheid van verzoekster. Over de werkzaamheid en effectiviteit zijn dikke rapporten geschreven. Daar staat tegenover dat in de medische wereld de nodige discussie is over de effectiviteit van afbouwmedicatie. Verzoekster verwijst in dit verband naar een artikel van dr. Peter Groot en prof. dr. Jim van Os in het blad Medisch Contact van 15 oktober 2020. In het artikel wordt gesproken over een kokervisie, waarbij patiënten in de kou blijven staan. Uit observationele onderzoeken naar afbouwen met taperingstrips blijkt volgens hen dat bij 70 procent van een grote groep patiënten die soms al vele jaren antidepressiva hadden gebruikt en die al eerder één of meerdere keren tevergeefs hadden geprobeerd te stoppen, dit met behulp van taperingstrips nu wel lukte. Eén tot vijf jaren later blijken zij nog steeds geen antidepressiva te gebruiken. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar haar de taperingstrips moet vergoeden. Mochten deze niet het gewenste effect hebben, dan is zij bereid de kosten zelf te dragen.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. Een zorgverzekeraar mag een geregistreerd geneesmiddel vergoeden als dit door de Minister van VWS is aangewezen. Het geneesmiddel moet zijn opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Naast de geregistreerde geneesmiddelen van het GVS kan een zorgverzekeraar onder bepaalde omstandigheden een apotheekbereiding vergoeden. Dit zijn geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheker op kleine schaal zijn gemaakt. Er moet dan sprake zijn van rationele farmacotherapie. Dit is de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in de vorm die voor de patiënt geschikt is. Uit wetenschappelijk onderzoek moet zijn gebleken dat het geneesmiddel werkzaam, effectief en het meest economisch voor de ziektekostenverzekering is.
- 6.5. De adviserend paramedicus van de ziektekostenverzekeraar heeft het dossier van verzoekster beoordeeld. Zij is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de taperingstrips niet kan vergoeden. Het is niet bewezen dat deze methode geen bijwerkingen geeft. Magistrale bereidingen moeten getoetst worden op rationaliteit. De afbouw van bupropion door middel van taperingstrips ziet de ziektekostenverzekeraar niet als rationele farmacotherapie, omdat dit niet het meest economisch is voor de zorgverzekering vanwege de hoge kosten. Verder blijkt de werkzaamheid en effectiviteit van de taperingstrips niet uit wetenschappelijke literatuur. De ziektekostenverzekeraar is niet tegen de afbouw van medicatie. Dit dient echter wel te gebeuren op een rationele en doelmatige manier. De afbouw volgens tabel 3 van het multidisciplinair document 'Afbouwen SSRI's & SNRI's' komt wel voor vergoeding in aanmerking. Afbouw van bupropion is hierin echter niet benoemd, omdat dit middel behoort tot de 'overige categorie'. Bij alle manieren van afbouwen geldt dat de patiënt moet worden begeleid en voorlichting moet krijgen over de onthoudingsverschijnselen. Deze verschijnselen zijn meestal van voorbijgaande aard. Het advies voor bupropion is na twee weken gebruik van 150 mg te stoppen.

Overwegingen


- 6.6. Bupropion in de doseringen van 150mg-40mg en 40mg-0mg is een zogenoemde apotheekbereiding, zoals bedoeld in artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet. De zorgverzekering biedt aanspraak op dergelijke geneesmiddelen als sprake is van rationele farmacotherapie. Dit is de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de verzekerde geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die ook het meest economisch is voor de zorgverzekering. Dit blijkt uit artikel B.15. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.7. De commissie overweegt dat in andere zaken over afbouwmedicatie aansluiting is gezocht bij het multidisciplinair document 'Afbouwen SSRI's en SNRI's'. Zoals uit het voorlopig advies van het Zorginstituut van 9 april 2021 blijkt, komt bupropion hierin echter niet voor. In de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie en de Zorgstandaard Depressieve Stoornissen wordt geadviseerd bupropion geleidelijk af te bouwen. Beide publicaties geven evenwel geen handvatten met betrekking tot de vormgeving van het afbouwschema. Het Zorginstituut stelt dat niet kan worden geconcludeerd dat het afbouwschema zoals dat bij verzoekster wordt gehanteerd effectief is. Om die reden kan niet worden gesproken van rationele farmacotherapie en heeft zij geen aanspraak op vergoeding van de afbouwmedicatie, ten laste van de zorgverzekering. Het Zorginstituut handhaaft dit advies in zijn brief van 11 mei 2021.
- Hoewel de commissie begrip heeft voor de keuze van verzoekster voor deze afbouwmedicatie, mede gezien haar eerdere ervaringen, vormt dit geen aanleiding af te wijken van het advies van het Zorginstituut. Voorwaarde voor vergoeding is dat is aangetoond dat een bepaald afbouwschema werkzaam en effectief is. Nu hiervan geen sprake is, moet het verzoek worden afgewezen. Dat het wellicht goedkoper is voor de ziektekostenverzekeraar de afbouwmedicatie te vergoeden dan door te gaan met vergoeding van het reguliere middel van 150 mg, kan niet leiden tot een ander oordeel, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden.

 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 juni 2021,


H.A.J. Kroon



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

ernstig geslonken tandeloze kaak hebt.

- het gaat om reparatie en/of rebasing van een uitneembare prothese op implantaten (het klikgebit).
- het gaat om reparatie of vervanging van het vaste gedeelte van de suprastructuur op de implantaten en/of het deel van de suprastructuur in de prothese.

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

Tarieven

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

B.15. Medicijnen

B.15.1. Medicijnen algemeen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

Het Reglement Farmacie is onderdeel van deze voorwaarden. In dit Reglement staat de lijst Medicijnen van bijlage 2 Regeling zorgverzekering. Het Reglement Farmacie en de Lijst voorkeursgeneesmiddelen kunt u vinden op onze website of telefonisch bij ons opvragen.

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

B.15.1.a. Medicijnen

De minister van VWS heeft het Geneesmiddelen-Vergoedingssysteem (GVS) opgesteld. Dat is een lijst met alle geregistreerde medicijnen (bijlage 1) en geregistreerde medicijnen met nadere voorwaarden (bijlage 2) waar u voor verzekerd bent. Bijlagen 1 en 2 vindt u op www.wetten.overheid.nl in de Regeling zorgverzekering.

In het GVS is geregeld of een medicijn volledig vergoed wordt of dat er een wettelijke eigen bijdrage voor geldt.

Soms worden er aan een medicijn nadere voorwaarden gesteld. Bijvoorbeeld met betrekking tot

de indicatie. Dit geldt voor de geregistreerde medicijnen met nadere voorwaarden (bijlage 2) en voor de niet-geregistreerde medicijnen. Zie hiervoor het Reglement Farmacie.

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

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Overige medicijnen en zorg worden wel verrekend met het eigen risico.
- Sommige medicijnen worden door de GVS-limiet niet volledig vergoed. Het niet vergoede deel is de wettelijke eigen bijdrage. U hebt een wettelijke eigen bijdrage van maximaal € 250,- per jaar.

Voorbeeld:

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

Als de zorgverzekering in de loop van het jaar begint of eindigt worden de al ingediende nota's naar evenredigheid herberekend en afgerond op hele euro's. U betaalt dan alleen een evenredig deel van de wettelijke eigen bijdrage voor dat deel van het jaar dat de zorgverzekering liep.

Voorbeeld van herberekening:

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

- 2020 is een schrikkeljaar en heeft 366 dagen. 1 Januari tot en met 1 maart 2020 heeft 61 dagen
- € 250,- : 366 = € 0,6831 eigen bijdrage per dag
- € 0,6831 x 61 dagen = € 41,67. Dit bedrag

ronden wij af. Uw eigen bijdrage van 1 januari tot en met 1 maart is dus € 42,-.

- U hebt al € 50,- betaald. € 50,- minus € 42,- = € 8,-. U krijgt dus van ons € 8,- terug.
- De zorg omvat niet:
 1. alternatieve (homeopathische en antroposofische) medicijnen;
 2. medicijnen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland;
 3. medicijnen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd medicijn dat niet in het GVS is opgenomen, behalve als bij ministeriële regeling anders is bepaald. Zie artikel B.15.4.;
 4. zelfzorggeneesmiddelen en intramurale geneesmiddelen, voor zover zij volgens de Regeling zorgverzekering niet onder uw zorgverzekering vallen;
 5. medicijnen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
 6. medicijnen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onder f van de Geneesmiddelenwet;
 7. medicijnen die op een andere manier gefinancierd worden, bijvoorbeeld vanuit een volksverzekering of overheidsfinanciering of die onder een subsidie(regeling) vallen;
 8. medicijnen waarvoor wij geen voorkeur hebben. Zie de toelichting op voorkeursgeneesmiddelen in het Reglement Farmacie en onze "Lijst voorkeursgeneesmiddelen";
 9. medicijnen die voor andere indicaties gebruikt worden dan vermeld in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Dit geldt ook als niet aan de extra voorwaarden wordt voldaan. Zie de toelichting in dit artikel onder Voorwaarden, Akkoordverklaring: Nader voorwaarden;
 10. verzorgingsproducten en cosmetische producten zoals tandpasta's, zepen, desinfectiemiddelen, shampoos, badoliën, balsems, lotions, haargroeimiddelen en Vichy producten;
 11. bijkomende kosten zoals administratie-, import- en/of verzendkosten;
 12. vitamines en voedingssupplementen;
 13. medicijnen waarbij na falen van de (aan hulp- of verbruiksartikel gerelateerde) toedieningsvorm een beroep gedaan kan worden op fabrieksgarantie of andere tegemoetkomingregelingen;
 14. niet-geregistreerde medicijnen waaronder niet-geregistreerde allergenen. Een apothekerbereiding of een geneesmiddel dat wel geregistreerd is in het buitenland kan onder bepaalde voorwaarden wel voor ver-

goeding in aanmerking komen;

15. medicijnen die zijn voorgeschreven door een alternatief arts, of andere zorgverleners die niet in dit artikel worden genoemd.

Let op!

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

B.15.1.b. Leveren van medicijnen en advisering

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

Voor de levering van medicijnen gelden de volgende regels:

- Levering mag uitsluitend aan de verzekerde voor wie het medicijn is bestemd, zijn verzorger, of de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de toediening;
- Als een medicijn voor een langere periode is voorgeschreven, zijn deeleveringen per een, twee of drie weken mogelijk. Dit geldt alleen als daarvoor een medische noodzaak is.

De bijbehorende advisering omvat ten minste:

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

Meer informatie over advisering vindt u in het Reglement Farmacie op onze website.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg wordt verrekend met het eigen risico, behalve als het gaat om levering van en advisering over medicijnen of nicotinevervangende middelen als onderdeel van een Stoppen-met-roken (SMR)-programma en als deze zijn voorgeschreven door een gecontracteerde zorgverlener SMR.

Onder deze zorg valt niet:

- voorlichting en advies bij:
 - zelfzorggeneesmiddelen (die niet vergoed worden volgens artikel B.15.3.) en
 - medicijnen ter voorkoming van ziekten bij

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

Voorwaarden

Voorkeursgeneesmiddelen

Binnen de groep onderling vervangbare geneesmiddelen, wijzen wij op basis van de laagste prijs één of meerdere middelen aan als voorkeursgeneesmiddel. U bent dan binnen deze groep alleen verzekerd voor dat voorkeursgeneesmiddel.

Er is altijd minstens één medicijn met de voorgeschreven werkzame stof in de geschikte sterkte en toedieningsweg beschikbaar voor u. Zie voor verdere toelichting het Reglement Farmacie, hoofdstuk 2.3.

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

Voor medicijnen die niet op de Lijst voorkeursgeneesmiddelen staan, vergoeden wij de laagste marktprijs die op dat moment geldt binnen een groep onderling vervangbare geneesmiddelen (wij noemen dit de Laagste Prijs Garantie of Prijspreferentie).

Zorgverlener

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

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

- de werkzame stof, dosering en toedieningsvorm van het medicijn moet zijn opgenomen in het Nederlandse GVS;
- de vergoeding plaatsvindt volgens de vergoedingslimiet die in Nederland geregeld is (zie Reglement Farmacie in hoofdstuk 2.1.);
- de verdere voorwaarden gelden zoals benoemd in dit artikel (B.15.1.).

Medicijnen uit het buitenland

Rekeningen van medicijnen die in het buitenland zijn gekocht moeten leesbaar en volledig zijn. Staat de naam van het geneesmiddel, de hoeveelheid, de sterkte en de toedieningsvorm niet volledig op de rekening? Stuur dan de bijsluiter,

het doosje en/of etiketten ook op (mag ook een foto zijn), samen met de rekening.

Behandelvoorstel

Algemeen

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

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

Voor welke periode mag een medicijn worden geleverd?

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

- 15 dagen of de kleinste handverpakking voor een medicijn dat nieuw voor u is;
- 15 dagen voor een medicijn ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie;
- 30 dagen voor slaapmiddelen (hypnotica) en voor medicijnen die angst en onrust verminderen (anxiolytica);
- maximaal 30 dagen voor medicijnen die zijn opgenomen in de Opiumwet met uitzondering van de ADHD middelen. Hiervoor geldt een maximale aflevertermijn van 3 maanden;
- 3 maanden voor medicijnen voor de behandeling van een chronische ziekte, of tot 12 maanden als wij hierover afspraken hebben gemaakt met de apothek;
- 12 maanden voor "de pil" (orale anticonceptiemiddelen);
- 1 maand voor medicijnen die per maand meer dan € 1.000,- kosten. Als u na een aaneengesloten periode van 6 maanden goed ingesteld bent, mogen deze dure medicijnen per 3 maanden geleverd worden.

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

Geen herhaalrecept

Voor:

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

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

Akkoordverklaring

Voor sommige medicijnen uit het GVS gelden extra voorwaarden of is een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) nodig. Deze voorwaarden staan in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: www.wetten.overheid.nl.

In ons Reglement Farmacie vindt u de "Lijst geneesmiddelen met toetsing vooraf". Daarin kunt u per medicijn (werkzaam bestanddeel) zien wat nodig is voor de toetsing en wie de controle uitvoert.

Vooraf wordt door ons of door de zorgverlener namens ons, getoetst of u aan de voorwaarden voldoet. De minister kan de lijst in de Regeling zorgverzekering tussentijds aanpassen. Als dat gebeurt, plaatsen wij een nieuw reglement met de gewijzigde lijst op internet.

Uit het buitenland ingevoerde, niet in Nederland geregistreerde medicijnen

Overeenkomstig artikel 2.8 lid 1 onder b van het Besluit zorgverzekering geldt voor deze medicijnen dat de voorschrijver vooraf een akkoordverklaring bij ons moet aanvragen met als voorwaarde dat:

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

Tarieven

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

B.15.2. Medicatiebeoordeling bij chronisch medicijngebruik

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat minimaal 1x per 12 maanden een medisch en farmaceutisch noodzakelijke, periodieke evaluatie bij meervoudig chronisch medicijngebruik, een zogenaamde medicatiebeoordeling. In het Reglement Farmacie vindt u verdere toelichting.

Let op!

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

Voorwaarden

Algemeen

Er wordt voldaan aan de voorwaarden die wij in het Reglement Farmacie in artikel 1.6. hebben aangegeven.

Zorgverlener

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

Behandelvoorstel

Een apotheker, (apotheekhoudend) huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist heeft vastgesteld dat de medicatiebeoordeling medisch en farmaceutisch noodzakelijk is.

Akkoordverklaring

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

Tarieven

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

B.15.3. Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat onderstaande medicijnen bij chronisch gebruik. Verschillende van deze medicijnen zijn ook zonder recept verkrijgbaar.

Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers

Dit zijn medicijnen die behoren tot één van de volgende groepen:

- laxeremiddelen;
- medicijnen bij allergie;
- medicijnen tegen diarree;
- medicijnen om de maag leeg te maken;
- kunsttranen.
- maagzuurremmers inclusief medicijnen waarin een maagzuurremmer is verwerkt.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet de (zelfzorg)geneesmiddelen en maagzuurremmers die u tijdens de eerste 15 dagen gebruikt.

Voorwaarden

Algemeen

- Bij (zelfzorg)geneesmiddelen gelden de voorwaarden genoemd in artikel B.15.1.;
- Het (zelfzorg)geneesmiddel en de maagzuurremmer is opgenomen in bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering en in de G-standaard van de Z-index (het landelijke geneesmiddelenbestand);
- De voorschrijver verwacht dat u het (zelfzorg)geneesmiddel langer dan 6 maanden gaat gebruiken om een chronische ziekte te behandelen. De voorschrijver geeft op het recept aan dat hij het middel voorschrijft voor chronisch gebruik.

Behandelaarsvoorstel

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant heeft vastgesteld dat de (zelfzorg)geneesmiddelen medisch noodzakelijk zijn voor chronisch gebruik.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring kan nodig zijn omdat zelfzorg)geneesmiddelen en maagzuurremmers middelen zijn waarvoor extra voorwaarden gelden. Zie artikel B.15.1. onder Akkoordverklaring.

Tarieven

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

B.15.4. medicijnen die de apotheek zelf maakt

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat medicijnen die door of in opdracht van een apotheker op individueel recept zijn gemaakt (magistrale bereidingen).

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Een magistrale bereiding die (bijna) gelijk is aan een geregistreerd medicijn dat niet is opgenomen in het GVS wordt alleen vergoed als dat bij ministeriële regeling is bepaald. De minister kan een geneesmiddel aanwijzen als het gaat om:
 - een bereiding in de overbruggingstijd. Het medicijn is dan wel aangemeld maar er is nog geen besluit genomen over opname in het GVS;
 - een medicijn dat niet in het GVS wordt opgenomen omdat het te duur is terwijl de bereiding wel een acceptabele prijs heeft.
- Een magistrale bereiding die (bijna) gelijk is aan een niet-geregistreerd medicijn én niet is opgenomen in het GVS, wordt niet vergoed.
- Een wettelijke eigen bijdrage is van toepassing als de magistrale bereiding een medicijn bevat met een wettelijke eigen bijdrage.

Voorwaarden

Algemeen

- Bij medicijnen gelden de voorwaarden genoemd in artikel B.15.1.
- Het gaat om rationele farmacotherapie. Zie artikel B.15.1.a. "Medicijnen".
- Voor sommige bereidingen hebben wij aanvullende informatie nodig om te beoordelen of het gaat om rationele farmacotherapie. Meer hierover kunt u lezen in artikel 4 "Vergoeding van niet-geregistreerde medicijnen" van het Reglement Farmacie.
- De bereiding komt niet overeen met warenwetproducten.

Tarieven

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

B.16. Dieetpreparaten

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat levering van (polymere, oligomere,

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, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.8

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

Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;

c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

2. Farmaceutische zorg omvat geen:

- a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
- b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
- c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.

3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.

4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.

5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.

In die ministeriële regeling wordt tevens de aanvraagprocedure voor de aanwijzing geregeld, worden regels gesteld met betrekking tot de systematiek van de indeling in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen en worden regels gesteld met betrekking tot de vaststelling van een 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 blijkens bijlage 1 en 3 bij deze regeling geen besluit over de aanwijzing, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering, is genomen;
 - b. een in bijlage 3, onderdeel A, bij deze regeling genoemd niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet, mits aan daarbij vermelde criteria wordt voldaan.