

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en Onderlinge
Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A en DSW
Ziektekostenverzekeringen N.V. beide te Schiedam

Zaak : Farmaceutische zorg, wettelijke eigen bijdrage Metamucil®,
vergoedingslimiet

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.16b Bzv,
2.32 en bijlage 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering
2021

Zaaknummer : 202200574

Zittingsdatum : 27 juli 2022

1. Partijen

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

en

- 1) Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A., en
- 2) DSW Ziektekostenverzekeringen N.V. beide te Schiedam,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 8 mei 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 17 mei 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 21 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 22 juni 2022 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. 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 27 juli 2022 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster gebruikt het geneesmiddel Metamucil® skvr orange poeder 3,4g in sachet (hierna: Metamucil®). De ziektekostenverzekeraar brengt voor dit geneesmiddel een eigen bijdrage bij haar in rekening. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd de eigen bijdrage voor Metamucil® niet op te leggen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit verzoek bij e-mailbericht van 31 maart 2022 afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 8 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de eigen bijdrage voor Metamucil® komt te vervallen. Zij heeft hiertoe aangevoerd dat zij dit geneesmiddel al meer dan 12 jaar gebruikt. Eerder heeft zij nooit een eigen bijdrage betaald. Uit informatie die verzoekster heeft gekregen van diverse instanties maakt zij op dat de ziektekostenverzekeraar zelf beslist of een eigen bijdrage verschuldigd is bij langdurig gebruik van een geneesmiddel. Verzoekster heeft baat bij het geneesmiddel en ervaart hiervan geen bijwerkingen. Een ander geneesmiddel kan voor de ziektekostenverzekeraar duurder uitvallen en levert mogelijk niet het gewenste resultaat op voor verzoekster.
- 4.2. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat in 2022 ineens met terugwerkende kracht een eigen bijdrage in rekening is gebracht. Deze terugwerkende kracht geldt tot en met de helft van 2021. Er is meer gebruikt in 2021 dan wat nu in rekening wordt gebracht. Uit informatie van andere verzekeraars blijkt dat er kan worden afgeweken van de regelgeving. De eigen bijdrage hoeft niet in rekening te worden gebracht als het gaat om een chronische aandoening. Verzoekster heeft verder meegedeeld in het verleden andere middelen te hebben geprobeerd, maar hier kreeg zij klachten van.
- 4.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de eigen bijdrage voor Metamucil® terecht wordt opgelegd. Hij licht toe dat verzoekster voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding van Metamucil® omdat bij haar sprake is van chronisch gebruik. Dit neemt niet weg dat een eigen bijdrage opgelegd wordt in het geval de kosten van het geneesmiddel de vergoedingslimiet overschrijden. In 2021 is de inkoopprijs van Metamucil® voor het eerst boven de vergoedingslimiet uitgekomen. Daarom is vanaf 2021 een nota gestuurd voor de eigen bijdrage.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat er een verschil is tussen het eigen risico en de eigen bijdrage. Andere verzekeraars kunnen een uitzondering maken op het eigen risico, en dit heeft te maken met het preferentiebeleid. De ziektekostenverzekeraar voert echter geen preferentiebeleid. Dit heeft vooral voordelen, omdat de apotheek vrijer is in de keuze van het middel dat hij meegeeft. Dat door andere verzekeraars geen eigen bijdrage in rekening zou worden gebracht, is de ziektekostenverzekeraar niet bekend. Wellicht gaat het hierbij om een vergoeding vanuit een aanvullende verzekering. De reden dat vanaf halverwege 2021 een eigen bijdrage is verschuldigd, heeft te maken met prijsfluctuaties. Dit gaat niet altijd per 1 januari, maar kan ook halverwege het jaar gebeuren. Door de prijsstijging is de prijs van Metamucil® boven de vergoedingslimiet uitgekomen.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

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 14 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 geneesmiddelen zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. De commissie constateert dat partijen verdeeld zijn over de vraag of de ziektekostenverzekeraar terecht een eigen bijdrage voor het geneesmiddel Metamucil® bij verzoekster in rekening brengt.

Zorgverzekering

- 7.3. Metamucil® is een zogenaamd 'over the counter'-product. De kosten hiervan zijn in beginsel voor eigen rekening. Een uitzondering geldt indien sprake is van (i) gebruik gedurende meer dan zes maanden in verband met (ii) een chronische indicatie. In dat geval is verstrekking of vergoeding mogelijk ten laste van de zorgverzekering. Voor Metamucil® (behorend tot de groep "laxantia") is dit geregeld in artikel 35 van bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Het is niet in geschil dat verzoekster aan voornoemde voorwaarden voldoet. Zij maakt dan ook aanspraak op verstrekking of vergoeding van het geneesmiddel vanuit de zorgverzekering.
- 7.4. Het geneesmiddelenvergoedingssysteem (hierna: GVS) is een onderdeel van de Regeling zorgverzekering. De geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in het GVS zijn verdeeld over twee lijsten: bijlage 1A en bijlage 1B. Geneesmiddelen die grotendeels dezelfde werking hebben worden geclusterd in een groep en geplaatst op bijlage 1A. Dit zijn geregistreerde geneesmiddelen die onderling vervangbaar zijn. Voor de geneesmiddelen op deze lijst geldt een vergoedingslimiet. Deze vergoedingslimiet wordt vastgesteld door de overheid. Als de prijs van een geneesmiddel in een bepaalde groep hoger is dan de vergoedingslimiet en de verzekerde kiest voor het duurdere geneesmiddel, dan moet de verzekerde het verschil, in de vorm van een eigen bijdrage, betalen. Het totaal van deze eigen bijdragen is gemaximeerd tot € 250,- per jaar. Dit staat in artikel 2.32, eerste lid, Rzv. De ziektekostenverzekeraar heeft het voorgaande uitgewerkt in artikel 34 lid 2.3 van de polisvoorwaarden en opgenomen in het reglement Farmacie onder punt 6.1. Het geneesmiddel Metamucil® is opgenomen op bijlage 1A en hierbij is een vergoedingslimiet van toepassing.
- 7.5. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld, en door verzoekster is niet gemotiveerd betwist dat de inkoopprijs van Metamucil® in 2021 voor het eerst boven de vergoedingslimiet is uitgekomen. Daarom is vanaf 2021 een eigen bijdrage bij verzoekster in rekening gebracht. De vergoedingslimiet van Metamucil® is vastgesteld op € 0,36. De gemiddelde prijs van Metamucil® bedraagt € 0,40 per stuk. Verzoekster moet dan ook een eigen bijdrage betalen van € 0,04 per stuk. Gesteld noch gebleken is dat de totaal in rekening gebrachte eigen bijdrage boven het maximum van € 250,- per jaar komt, zodat de ziektekostenverzekeraar deze terecht bij verzoekster in rekening heeft gebracht.
- 7.6. Verzoekster heeft gesteld dat de ziektekostenverzekeraar ervoor kan kiezen om van het opleggen van de eigen bijdrage af te zien. Zij zegt dat ze deze informatie van een aantal instanties heeft gekregen, maar heeft dit niet nader onderbouwd met stukken. Omdat de eigen bijdrage een wettelijke eigen bijdrage is, heeft de ziektekostenverzekeraar, ook bij chronisch gebruik van het geneesmiddel, niet de mogelijkheid om af te zien van het opleggen hiervan. Dat zou bovendien voorbijgaan aan het doel van de regeling en het streven naar beheersing van de kosten van de zorg. De eigen bijdrage voor Metamucil® is door de ziektekostenverzekeraar dan ook terecht opgelegd.

Slotsom

7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 augustus 2022,

H.A.J. Kroon

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 ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen**1. Wetgeving**

- art. 10 en 11 Zvw
- art. 2.1 en 2.16b Bzv
- art. 2.32 en bijlage 2 Rzv

2. Voorwaarden zorgverzekering

- art. 34 lid 2.3 polisvoorwaarden
- art. 6.1 reglement Farmacie

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 2.16b

1. De verzekerde betaalt een eigen bijdrage voor een geneesmiddel als bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, indien de inkoopprijs hoger is dan de vergoedingslimiet. Een eigen bijdrage wordt ook betaald voor zover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd.
2. Bij ministeriële regeling wordt geregeld hoe de eigen bijdrage wordt berekend.

5. HOEVEELHEDEN GENEESMIDDELEN

Per voorschrift vergoedt de Zorgverzekeraar de kosten van aflevering en de afgeleverde geneesmiddelen voor een periode, die zorginhoudelijk verantwoord is, van:

- a. vijftien dagen, dan wel de kleinste afleververpakking, indien het voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft of het betreft een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica;
- b. Bij geneesmiddelen boven de € 500,- per maand wordt na de eerste uitgifte maximaal 1 maand afgeleverd gedurende de instelperiode (eerste 6 maanden);
- c. Bij chronisch gebruik van dure geneesmiddelen, zoals bij bovenstaande punt benoemd, door goed ingestelde patiënten wordt voor maximaal 3 maanden afgeleverd. Voor sommige geneesmiddelen voor chronisch gebruik kunnen uitzonderingen gemaakt worden;
- d. Drie maanden of de voorgeschreven periode op het recept tot maximaal 1 (één) jaar voor geneesmiddelen ter behandeling van chronische ziekten, orale anticonceptiva of insuline met uitzondering van hypnotica en anxiolytica. Dit geldt ook voor geneesmiddelen tijdens vakantie; deze hoeven niet vooraf aangevraagd te worden;
- e. Bij geneesmiddelengebruik tijdens intensieve zorg thuis (farmaceutische zorg tijdens de palliatieve en terminale fase) is maatwerk nodig per patiënt door overleg tussen professionals, zoals huisarts, wijkverpleegkundigen en apothekers(assistenten). Tenzij er specifieke afspraken zijn gemaakt in het overleg tussen de zorgprofessionals, wordt een aflevering van maximaal 15 dagen gehanteerd.
- f. 1 (één) maand in overige gevallen.

6. ALGEMENE BEPALINGEN GENEESMIDDELEN

6.1 BIJBETALING

Een bijbetaling wordt door de verzekerde betaald voor zover deze verschuldigd is bij de terhandstelling van het geneesmiddel. De bijbetaling wordt geïnd door de zorgverzekeraar, tenzij DSW Zorgverzekeraar anders bepaalt. De maximale hoogte van de totale bijbetaling is per verzekerde € 250,- per kalenderjaar. Het bedrag aan bijbetaling dat boven het maximum bedrag van € 250,- uitkomt, wordt vergoed door de zorgverzekeraar.

6.2 ONDERLING VERVANGBARE GEREgistREERDE GENEESMIDDELEN

Op onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen is bijlage 1A van de Regeling zorgverzekering van toepassing. Deze bijlage maakt deel uit van het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS). Op bijlage 1A zijn onderling vervangbare geneesmiddelen ingedeeld in groepen (hierna: GVS-groep). Per GVS-groep is een vergoedingslimiet vastgesteld. Is de werkelijke prijs van een geneesmiddel uit een groep hoger dan de voor de groep vastgestelde vergoedingslimiet, dan betaalt de verzekerde het verschil zelf. Dit is de bijbetaling.

6.3 NIET-ONDERLING VERVANGBARE GEREgistREERDE GENEESMIDDELEN

Naast vergoeding van onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen, heeft de verzekerde aanspraak op vergoeding van niet-onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen. De niet-onderling vervangbare geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die door verschillen in eigenschappen niet met andere geneesmiddelen geclusterd kunnen worden in een groep. Niet-onderling vervangbare geneesmiddelen zijn opgenomen in bijlage 1B van de Regeling. Voor niet-onderling vervangbare (unieke) geneesmiddelen is geen vergoedingslimiet vastgesteld.

ARTIKEL 34 FARMACIE

LID 1 INLEIDING

Wij onderscheiden:

- a. farmaceutische zorg (zie lid 3 van dit artikel);
- b. geneesmiddelen (zie lid 4 tot en met 9 van dit artikel).

Geneesmiddelen zijn onderverdeeld in:

- a. geregistreerde geneesmiddelen (niet zijnde zelfzorggeneesmiddelen, zie lid 5 van dit artikel);
- b. zelfzorggeneesmiddelen (zie lid 6 van dit artikel);
- c. geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt (zie lid 7 van dit artikel);
- d. niet (in Nederland) geregistreerde geneesmiddelen (zie lid 8 van dit artikel);
- e. dieetpreparaten (zie lid 9 van dit artikel).

LID 2 ALGEMENE INFORMATIE

LID 2.1 REGLEMENT FARMACIE

Wij hanteren voor de nadere voorwaarden met betrekking tot de toegang tot farmaceutische zorg een Reglement Farmacie. Het Reglement maakt deel uit van deze polisvoorwaarden. Meer informatie vindt u op onze website.

LID 2.2 GENEESMIDDELEN VERGOEDINGENSYSTEEM (GVS)

De overheid heeft bepaald welke geneesmiddelen onder welke voorwaarden en bij welke medische indicatie voor vergoeding in aanmerking komen. Het GVS regelt de vergoeding van geregistreerde geneesmiddelen. Op deze lijst zijn alle geneesmiddelen geplaatst die zorgverzekeraars kunnen vergoeden. Deze lijst wordt Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemd.

Het GVS is zodanig opgesteld dat voor alle verzekerden geschikte geneesmiddelen beschikbaar zijn zonder dat zij hiervoor zouden moeten bijbetalen. Voor sommige geneesmiddelen in het GVS geldt een eigen bijdrage (zie lid 2.3 van dit artikel). Daarnaast kennen sommige geneesmiddelen extra voorwaarden (zie lid 2.4 van dit artikel).

LID 2.3 EIGEN BIJDRAGE

Het GVS maakt onderscheid tussen geneesmiddelen die onderling vervangbaar zijn (a) en geneesmiddelen die niet onderling vervangbaar zijn (b).

a. *Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen*

Deze geneesmiddelen zijn in groepen verdeeld volgens bepaalde criteria en opgenomen in Bijlage 1a van het GVS. Voor elke groep (cluster) geneesmiddelen heeft de overheid een vergoedingslimiet vastgesteld (de maximale vergoeding die u kunt krijgen). Is het geneesmiddel dat u krijgt voorgeschreven uit die groep duurder, dan betaalt u zelf de kosten boven de vergoedingslimiet als eigen bijdrage. De eigen bijdrage geldt ook voor een magistrale bereiding (apotheekbereiding) van een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage geldt. Per kalenderjaar betaalt u voor deze geneesmiddelen maximaal een eigen bijdrage van € 250,-.

b. *Niet onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen*

Deze geneesmiddelen staan in het GVS in Bijlage 1b en worden volledig vergoed. Hiervoor geldt dus geen eigen bijdrage.

Regeling zorgverzekering

Geraadpleegd op 08-03-2022.

Geldig van 01-03-2022 t/m heden

Artikel 2.32

- 1 De eigen bijdrage voor een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen bedraagt de kosten van dat geneesmiddel, voor zover de toepasselijke vergoedingslimiet, omgerekend naar de desbetreffende hoeveelheid, lager is dan de inkoopprijs die vermeld staat in de Taxe, verhoogd met de over het verschil verschuldigde omzetbelasting.
- 2 In de jaren 2019, 2020, 2021 en 2022 is de verzekerde voor geneesmiddelen als bedoeld in het eerste lid niet meer dan € 250 aan eigen bijdragen per kalenderjaar verschuldigd.
- 3 Indien een zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, wordt voor die overeenkomst het bedrag, bedoeld in het tweede lid, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.
- 4 Het op grond van het derde lid berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.