

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen CZ Zorgverzekeringen
N.V. te Tilburg en OWM CZ groep U. te Tilburg

Zaak : Farmaceutische zorg, Resolor® (prucalopride), redelijkheid en billijkheid,
coulancevergoeding, overgangsregeling

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en
2.8 Bzv, 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende
ziekttekostenverzekering 2021

Zaaknummer : 202101384

Zittingsdatum : 9 februari 2022

1. Partijen

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

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 29 juli 2021 heeft verzoekster per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan; op 3 augustus 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 24 september 2021 zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 september 2021 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 18 oktober 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021037640) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 19 oktober 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. 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 9 februari 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en de na het voorlopig advies ontvangen stukken zijn op 18 februari 2022 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 21 februari 2022 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Top Collectief en Tandarts Collectief (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3.2. Vanwege het prikkelbare darm syndroom van het obstipatie-dominante type, gebruikt verzoekster sinds 2016 het geneesmiddel Resolor®. Op 25 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard de hieraan verbonden kosten te vergoeden, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, vanwege de persoonlijke situatie van verzoekster. Vervolgens zijn op 27 juli 2017, 23 maart 2018, 11 september 2018, en 24 maart 2020 machtigingen afgegeven naar aanleiding van verlengingsaanvragen. Op 21 oktober 2020 werd door de ziektekostenverzekeraar een 'overgangsmachtiging' verstrekt. De kosten van het geneesmiddel zouden op basis hiervan nog drie maanden worden vergoed.

3.3. De behandelend MDL-arts heeft bij ongedateerd schrijven, door de ziektekostenverzekeraar ontvangen op 25 maart 2021, verzocht om heroverweging, waarbij hij over verzoekster heeft verklaard:

"Op 21 februari jl. stuurde ik u een schrijven met het (bedoelde) verzoek tot vergoeding van prucalopride in een dosering van 1dd2mg in verband met een prikkelbare darmsyndroom van het obstipatie-dominante type. Dit heeft bij uw cliënt uitstekend effect, sinds jaren, na een lange en frustrerende medische zoektocht.

Ik besef me dat ik in mijn schrijven per abuis een verzoek heb gedaan voor vergoeding van het verkeerdemiddel, te weten linaclotide 1dd290ug. Wellicht had het met frustratie van deze bureaucratische aangelegenheid te maken. U was beter bij de tijd. In uw reactie schrijft u namelijk dat de werkzaamheid (van prucalopride) niet bewezen is na 3 maanden. De praktijk lijkt daarbij weerbarstig en anders te suggereren. U adviseerde linaclotide, een middel met een ander werkingsmechanisme. Dat heeft niet het gewenste effect gehad bij patiënt, leidend tot een recidief van ernstige obstipatie.

Ik hoop van harte dat de vergissing in mijn initiële brief heeft geleid tot het afwijzen van vergoeding van prucalopride in een dosering 1dd2mg. Daarom doe ik u nogmaals het verzoek, waarbij ik hoop dat u in uw overweging meeneemt: a. dat bij uw cliënt de werkzaamheid in de klinische praktijk ruim langer is (jaren) dan de in uw database bekende termijn van 3 maanden, b. dat het staken van prucalopride heeft geleid tot recidief obstipatie en c. dat het door u gesuggereerde alternatief - linaclotide 1dd290ug - niet het gewenste effect heeft gehad.

Wellicht kunnen we elkaar vinden in een tussenoplossing, te weten een re-challenge met prucalopride in een dosering van 1dd2mg gedurende drie maanden. Indien dit wederom tot een succes leidt, zou ik u willen verzoeken prucalopride voor onbepaalde tijd te vergoeden. Dat is uiterst efficiënt, getuigd van maatwerk en is het meest patiëntvriendelijk. Het sluit daarmee perfect aan bij een stelling die ik op uw website tegenkwam: "Wij streven ernaar om alles rond onze zorgverzekeringen eenvoudig en gemakkelijk te maken." Dat is een nobel en haalbaar streven waar ik het alleen maar mee eens zijn."

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 11 mei 2021 aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.5. Bij brief van 18 oktober 2021 heeft het Zorginstituut in het voorlopig advies het volgende verklaard:

"(...) De informatie in het dossier is juridisch beoordeeld.

Resolor® (werkzame stof: prucalopride) is een extramuraal geneesmiddel. Om voor vergoeding in aanmerking te komen ten laste van de basisverzekering heeft de registratiehouder in het verleden bij de minister van VWS een aanvraag ingediend.

In 2012 heeft het Zorginstituut beoordeeld of Resolor® bij de indicatie 'symptomatische behandeling van chronische obstipatie bij vrouwen bij wie laxeremiddelen tot onvoldoende

verlichting leiden' opgenomen kan worden in het GVS. Het Zorginstituut adviseerde de minister Resolor® niet op te nemen in het GVS, omdat Resolor® een therapeutische minderwaarde heeft vanwege onvoldoende gegevens betreffende de genoemde patiëntengroep. De minister heeft dit advies opgevolgd. Resolor® is niet opgenomen in het GVS en komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Conclusie

Resolor® is niet opgenomen in het GVS en komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Verzoekster kan dan ook geen aanspraak maken op vergoeding van Resolor® ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Resolor® maakt geen onderdeel uit van het basispakket. (...)

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van Resolor® ook na ommekomst van de in de 'overgangsmachtiging' genoemde termijn van drie maanden dient te vergoeden.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.23.2. 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 alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW), 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 vordert dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van Resolor® ook na ommekomst van de in de 'overgangsmachtiging' van 21 oktober 2020 genoemde termijn van drie maanden dient te vergoeden. In dat verband stelt zij andere laxantia te hebben geprobeerd, zoals macrogol en linaclotide. Deze hadden niet het gewenste resultaat. Zij kreeg opnieuw last van buikpijn en verstopping. Volgens verzoekster is de werking van Resolor® anders. Het geneesmiddel werkt als een soort neurotransmitter en stimuleert de darmwand. Andere laxantia trekken alleen vocht aan, waardoor de ontlasting zachter wordt. Het nut van het gebruik van Resolor® in haar situatie wordt door de huisarts en de behandelend MDL-arts onderschreven. Als gevolg van NAH (niet aangeboren hersenafwijking) kan verzoekster maar beperkt sporten en bewegen. Dit heeft een negatieve invloed op haar stoelgang en verergert de obstipatieklachten. Een leefstijl met veel bewegen is voor haar niet mogelijk. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van het geneesmiddel sinds 2016 vergoed, en is daarmee ineens gestopt, zonder goede reden. Gesteld wordt dat het geneesmiddel na drie maanden niet meer zou werken, maar dit blijkt nergens uit. Ook is aangevoerd dat verzoekster een te hoge dosis zou gebruiken, maar dit is niet juist. Het betreft 1dd 2mg. Resolor® is goedgekeurd door het EMA. Zou verzoekster besluiten het geneesmiddel niet meer te gebruiken, dan voorziet zij op termijn hogere zorgkosten. Tot slot verklaart verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht schendt door haar het geneesmiddel Resolor® niet langer te vergoeden.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar de artikelen B.15.1. en B.15.4. van de zorgverzekering. Het door verzoekster gebruikte geneesmiddel is niet door de minister aangewezen en is niet opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Ook als magistraal bereid middel komt het niet voor vergoeding in aanmerking, aangezien geen sprake is van rationele farmacotherapie.
- Resolor® is geregistreerd voor gebruik bij chronische obstipatie gedurende maximaal drie maanden. Uit het Farmacotherapeutisch Kompas blijkt dat wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit en werking bij langduriger gebruik ontbreekt.
- Volgens de ziektekostenverzekeraar gebruikt verzoekster een veel hogere dosering dan is aangewezen of veilig wordt geacht. Er moet worden overwogen over te stappen naar een ander geneesmiddel volgens de behandelrichtlijn.

Overwegingen commissie

- 6.4. Tussen partijen is niet in geschil dat Resolor® een geregistreerd geneesmiddel is. Geregistreerde geneesmiddelen komen voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking indien zij bij ministeriële regeling zijn aangewezen. Dit volgt uit artikel 2.8, eerste lid, onder a, Bzv en is in de verzekeringsvoorwaarden bepaald in artikel B.15.1. De desbetreffende geneesmiddelen zijn vermeld in bijlage 1 en bijlage 2 Rzv, waarbij in onderdeel A van bijlage 1 de onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen zijn opgenomen waarvoor een vergoedingslimiet is vastgesteld. Dit is het door de ziektekostenverzekeraar genoemde Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Het staat vast dat voor Resolor® geen aanwijzing door de minister heeft plaatsgevonden.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat ook in geval het middel door de een apotheek zou zijn bereid geen aanspraak bestaat op vergoeding, aangezien niet is voldaan aan de eis dat sprake moet zijn van rationele farmacotherapie. Dit laatste volgt uit artikel B.15.4. van de verzekeringsvoorwaarden.
- De commissie merkt hierover op dat er geen aanwijzingen zijn dat verzoekster is overgeschakeld naar een apotheekbereiding of dat zij voornemens zou zijn dit te doen. Mocht zij echter kiezen voor een dergelijke bereiding, dan heeft die keuze uitsluitend tot doel het verkrijgen van een vergoeding voor een geneesmiddel dat in de geregistreerde variant van vergoeding is uitgesloten. De apotheekbereiding is tevens duurder, waardoor deze niet het meest voordelig is voor de zorgverzekering, hetgeen een eis is in het kader van rationele farmacotherapie.
- Het voorgaande leidt tot de conclusie dat Resolor® noch in de geregistreerde variant noch als apotheekbereiding van prucalopride – voor zover al aan de orde – kan worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 6.6. Verzoekster heeft een aantal omstandigheden aangevoerd waaruit valt af te leiden dat zij van oordeel is dat in haar geval zo nodig van de verzekeringsvoorwaarden moet worden afgeweken. De commissie overweegt dienaangaande het volgende.
- 6.7. De verzekeringsvoorwaarden zijn in beginsel leidend. Slechts bij hoge uitzondering kan onverkorte toepassing hiervan leiden tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is zodat hiervan moet worden afgeweken. Uit de jurisprudentie van de Hoge Raad (ECLI:NL:HR:2014:3679) blijkt dat dit aan de orde is als:
- (i) de kosten zodanig zijn dat de verzekerde deze niet zelf kan dragen,
 - (ii) alternatieven ontbreken,
 - (iii) de zorg of het geneesmiddel noodzakelijk is in verband met een medisch zeer ernstige toestand die levensbedreigend is dan wel leidt tot ernstig lijden, en
 - (iv) aan valt te nemen dat die zorg of dat geneesmiddel, mede in verband met de werkzaamheid, noodzakelijkheid en doelmatigheid, in aanmerking komt of zal komen om te worden opgenomen in het verzekerde pakket.

- 6.8. Uit informatie op de website www.medicijnkosten.nl blijkt dat de gemiddelde kosten van het geneesmiddel € 2,89 per dag bedragen. Gesteld noch gebleken is dat verzoekster deze kosten niet zelf kan dragen. Voorts zijn door verzoekster al enkele alternatieven gebruikt, die niet tot het gewenste effect hebben geleid, zoals onder andere blijkt uit de verklaring van de MDL-arts, en waarbij is verwezen naar de andere werking van Resolor®. Dit vormt een aanwijzing dat alternatieven ontbreken. Of het geneesmiddel noodzakelijk is in verband met een zeer ernstige toestand die levensbedreigend is dan wel leidt tot ernstig lijden, kan onderwerp zijn van discussie. Het is echter zeker dat niet wordt voldaan aan de laatste van de - cumulatieve - voorwaarden, te weten dat valt aan te nemen dat het geneesmiddel in aanmerking komt of zal komen om te worden opgenomen in het verzekerde pakket. Door verzoekster is dit niet aangevoerd en dit is de commissie anderszins ook niet gebleken. Dit betekent dat, gelet op voornoemde jurisprudentie, afwijking van de verzekeringsvoorwaarden op grond van artikel 6:248 BW in dit geval niet aan de orde is.
- 6.9. De ziektekostenverzekeraar heeft het onderhavige geneesmiddel gedurende een reeks van jaren onverplicht vergoed. De reden hiervoor was de persoonlijke situatie van verzoekster, zoals blijkt uit de machtiging van 25 december 2016. Op dat moment was al bekend dat het geneesmiddel was geregistreerd voor gebruik gedurende maximaal drie maanden. Hetzelfde geldt voor de gebruikte dosis van 1dd 2 mg. De enige voorwaarde die destijds bij verlenging werd gesteld was een evaluatie van de behandelend arts. De behandelend MDL-arts staat nog steeds achter het gebruik van Resolor®, zoals valt op te maken uit zijn ongedateerde brief. Van een wijziging in het medicijngebruik blijkt niet uit het dossier, terwijl de overige omstandigheden ongewijzigd zijn. Een objectieve reden om terug te komen op de beslissing uit 2016 lijkt derhalve te ontbreken. Het voorgaande neemt niet weg dat de ziektekostenverzekeraar op grond van eigen overwegingen kan besluiten na een aantal jaren nog eens kritisch te kijken naar het tot dan gevoerde coulanchebeleid. Het toekennen van een onverplichte vergoeding betekent immers niet dat hierdoor een 'harde' aanspraak is ontstaan, ook niet na jaren. Vervolgens dient dan wel de vraag te zijn of bij de afbouw een overgangstermijn wordt gehanteerd, en zo ja, of deze in het concrete geval ook redelijk is. De commissie oordeelt dat onder de gegeven omstandigheden een overgangstermijn van drie maanden, zoals vermeld in de 'overgangsmachtiging' van 21 oktober 2020 redelijk is te achten.
- 6.10. Hetgeen verzoekster verder heeft aangevoerd, kan niet leiden tot een andere uitkomst. Zo is de registratie door het EMA niet relevant. Deze gaat immers vooraf aan de mogelijke aanwijzing van een geregistreerd geneesmiddel bij ministeriële regeling en komt hiervoor niet in de plaats. Ook de argumentatie over de werkzaamheid en werking van het geneesmiddel leiden niet tot een andere conclusie, nu hiervoor is vastgesteld dat het op grond van de verzekeringsvoorwaarden geen verzekerde zorg betreft, terwijl afwijking van die voorwaarden op basis van artikel 6:248 BW dan wel het gevoerde coulanchebeleid niet aan de orde is. Eventuele hogere toekomstige zorgkosten kunnen - hoe begrijpelijk wellicht ook - geen argument vormen voor afwijking. De zorgverzekering voorziet namelijk niet in de mogelijkheid van substitutie zodat met optredende besparingen ter zake van verzekerde zorg geen rekening kan worden gehouden bij de beoordeling van de aanspraak op zorg die niet verzekerd is. Tot slot is door verzoekster verwezen naar de zorgplicht. Deze is gedefinieerd in artikel 11 Zvw en kan niet verder reiken dan het verzekerde pakket. Juist op het terrein van de farmaceutische zorg zijn aard en omvang van de verzekerde aanspraken duidelijk afgebakend. Over de reikwijdte van de zorgplicht op dit terrein kan daarom geen misverstand bestaan.
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 maart 2022,

J.W. Heringa

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

behoud van de tand klein is.

Uit de behandelhistorie moet blijken dat het ongeval voor het 18e jaar is vastgesteld en het resterende worteldeel of de teruggeplaatste fronttand moet voor het 23e jaar worden verwijderd, direct voorafgaand aan het plaatsen van een implantaat;

- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts meer dan € 650,- per kaak bedragen;
- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandprotheticus meer dan € 600,- per kaak bedragen;
- de volledige boven- en/of onderprothese (al dan niet op tandheelkundige implantaten) binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Dit geldt niet voor de tijdelijke uitneembare volledige gebitsprothese (noodkunstgebit).

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan moet u ook vooraf bij ons een akkoordverklaring hebben aangevraagd als:

- het gaat om het vaste gedeelte van de suprastructuur (voor bevestiging van de uitneembare prothese op implantaten) en de uitneembare prothese (het klikgebit). Daarbij geldt dat u een 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 web-

site van de overheid: 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 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.
- 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 verzekerd 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.

- 2021 heeft 365 dagen. 1 Januari tot en met 1 maart 2021 heeft 60 dagen
- € 250,- : 365 = € 0,6849 eigen bijdrage per dag
- € 0,6849 x 60 dagen = € 41,09. Dit bedrag ronden wij af. Uw eigen bijdrage van 1 januari tot en met 1 maart is dus € 41,-.
- U hebt al € 50,- betaald. € 50,- minus € 41,- = € 9,-. U krijgt dus van ons € 9,- 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: Nadere 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 vergoeding 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 deelleveringen 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 2e 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 apotheehoudend 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.

Van medicijnen die niet op onze Lijst voorkeurs-

geneesmiddelen staan wordt de laagste marktprijs vergoed of een prijs die niet meer dan 5% afwijkt van de laagste prijs. Het gaat om de marktprijs die op dat moment geldt binnen een groep onderling vervangbare geneesmiddelen. Wij noemen dit de Laagste Prijs Garantie of Prijspreferentie. Dit is onderdeel van doelmatige zorg.

Zorgverlener

De medicijnen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheehoudend 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 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 medicijn-

nen 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 apotheek;
- 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: 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 uit-

voert.

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 apo-

theker 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, (apothekhoudend) 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.

Behandelvoorstel

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, monomere en modulaire) dieetpreparaten die als drink- en/of sondevoeding gebruikt worden.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
 - voedingssupplementen en vitaminepreparaten die zonder recept verkrijgbaar zijn;
 - afslankproducten, ook niet als zij als dieetpreparaat geregistreerd zijn;
 - aangepaste voeding zoals lactosevrije kaas, glutenvrij brood, geiten- of paardenmelk en dergelijke;
 - voeding die via de bloedbaan wordt toegediend; deze wordt vergoed uit artikel B.15.1.

Voorwaarden

Algemeen

Voor dieetpreparaten gelden de volgende voorwaarden:

- Het dieetpreparaat dat aan u is voorgeschreven, is geregistreerd als dieetpreparaat en als zodanig opgenomen in de G-standaard van de Z-index (het landelijke geneesmiddelenbestand);
- Er wordt voldaan aan de voorwaarden voor dieetpreparaten die zijn omschreven in de Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering (zie ook artikel B.15.1. onder Akkoordverklaring,

nadere voorwaarden.):

- U kunt niet uitkomen met aangepaste normale voeding;
- U kunt niet uitkomen met andere producten van bijzondere voeding en u lijdt aan een stofwisselingsstoornis en/of aan een voedselallergie en/of aan een resorptiestoornis en/of aan een ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop (gemeten met een officieel vastgestelde methode);
- U bent aangewezen op dieetpreparaten volgens de in Nederland geldende richtlijnen van de betreffende beroepsgroep.

De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: wetten.overheid.nl.

Als sprake is van een allergie worden de dieetpreparaten vergoed vanaf het moment dat de allergie is bewezen.

Bij bijvoorbeeld een vermoeden van een koemelkeiwitallergie (kea) worden provocatietesten gedaan. Pas na een dubbelblinde provocatietest kan met zekerheid worden vastgesteld dat sprake is van een kea en kunt u aanspraak maken op vergoeding. De testperiode voorafgaand aan de dubbelblinde provocatietest komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Behandelvoorstel

Een jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist of een diëtist heeft vastgesteld dat de dieetpreparaten medisch noodzakelijk zijn.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig in de vorm van een artsverklaring. De zorgverlener die u het dieetpreparaat voorschrijft, vult de landelijke artsverklaring in. Wij, of een zorgverlener waar wij een overeenkomst mee hebben, toetsen/toetst vooraf aan de hand van deze verklaring of het recept of u aan de voorwaarden voldoet.

Tarieven

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

B.17. Hulpmiddelen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

B.17.1. Algemeen

De zorg omvat verstrekking, in eigendom of bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen. Ook de instructie en begeleiding bij het gebruik ervan. Functionerend

Reglement Farmacie

geldig vanaf 1 januari 2021

INHOUDSOPGAVE

INHOUDSOPGAVE	2
Reglement Farmacie 2021	3
Farmaceutische zorg	3
1. Algemeen	3
2. Vergoeding van geregistreerde medicijnen	5
3. Lijst Voorkeursgeneesmiddelen	6
4. Vergoeding van magistrale bereidingen	6
5. Medicijnen van Bijlage 2 Regeling zorgverzekering	7

Reglement Farmacie 2021

Farmaceutische zorg

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bepaalt welke farmaceutische zorg onder welke voorwaarden en bij welke medische indicaties voor vergoeding in aanmerking komt. Dit is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet en aanverwante regelgeving. U kunt deze regelgeving raadplegen via de website www.wetten.overheid.nl op de titel 'regeling zorgverzekeringswet'. Zorgverzekeraars kunnen op grond van de wet aanvullende randvoorwaarden stellen aan de vergoeding van farmaceutische zorg. In dit Reglement zijn deze opgenomen. Dit Reglement maakt onderdeel uit van uw verzekeringsvoorwaarden bij artikel B.15.

Het Reglement bevat Lijsten die tussentijds kunnen worden gewijzigd. Als we dat doen plaatsen wij een nieuw Reglement met de gewijzigde lijsten op het internet.

Waar wij het begrip "medicijn(en) of medicatie" gebruiken, bedoelen wij geneesmiddel(en) en andersom. U kunt deze begrippen door elkaar tegenkomen.

1. Algemeen

Farmaceutische zorg omvat levering van medicijnen of advies en begeleiding zoals apothekhoudenden plegen te bieden voor (verantwoord gebruik) van medicijnen. Als u een medicijn ontvangt, wordt in de apotheek gecontroleerd of het medicijn samen met (uw) eventuele andere medicijnen gebruikt kan worden. Ook wordt gecontroleerd of het medicijn veilig gebruikt kan worden bij eventuele ziektes of andere aandoeningen die u heeft (contra-indicaties). Bij de tweede uitgifte vraagt de apotheker(sassistent) of u het medicijn hebt gebruikt en hoe dit is bevallen. U kunt hier, maar ook tussentijds, de werking van het medicijn en eventuele bijwerkingen bespreken met uw apotheker.

Farmaceutische zorg bestaat uit verschillende onderdelen (prestaties uit de NZa beleidsregel):

1. Terhandstelling met begeleidingsgesprek

Extra begeleiding bij een eerste keer dat u een medicijn ontvangt of als u een medicijn langer dan 12 maanden niet hebt gebruikt. In het "begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel" vertelt de apotheker(sassistent) u:

- wat de werking is en wat de mogelijke bijwerkingen kunnen zijn,
- hoe en hoe vaak u het medicijn moet gebruiken,
- of er risico's zijn verbonden aan het medicijn, bijvoorbeeld of het de rijvaardigheid beïnvloedt
- en eventuele andere bijzonderheden, bijvoorbeeld bijzondere bewaaradviezen.

2. Instructie patiënt medicijn - gerelateerd hulpmiddel

Gebruikt u een medicijn waarvoor ook een hulpmiddel nodig is? Dan moet de apotheker uitleggen hoe dit hulpmiddel samen met het medicijn gebruikt moet worden, zodat het bijbehorende medicijn zo goed mogelijk voor u kan werken. Als u vragen hebt, moet de zorgverlener deze uitleg opnieuw geven.

3. Farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek

Het gaat hierbij om het actualiseren en vastleggen van uw medicatieoverzicht en uitleg bij uw medicijngebruik na een dagbehandeling of polikliniekbezoek. Dit is nodig om te voorkomen dat er fouten worden gemaakt:

- De apotheker stemt, na afstemming met u, uw medicijnoverzicht af met de voorschrijvers in de dagbehandeling/polikliniek en legt dit vast in het (digitale) patiëntendossier.

- Na bezoek aan de dagbehandeling/polikliniek moeten medicijnwijzigingen schriftelijk worden doorgegeven aan uw huisarts en apotheker. Daarnaast zal de apotheker u uitleg geven over het gebruik van (gewijzigde) medicijnen in de thuissituatie.

4. Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname of polikliniek bezoek

Het gaat hierbij om het schriftelijk vastleggen van en uitleg geven over uw huidige medicijngebruik en uw medicijngebruik bij bezoek aan het ziekenhuis. Als u in het ziekenhuis wordt opgenomen, is het belangrijk dat er persoonlijke afstemming plaatsvindt over het gebruik van uw medicijnen en dat de medicijnen die u op dat moment gebruikt schriftelijk worden vastgelegd door de behandelend zorgverlener.

Voorwaarden

1. in geval van een ziekenhuisopname heeft er vooraf een persoonlijk gesprek plaatsgevonden tussen u (of uw vertegenwoordiger) en de apotheker(sassistent);
2. in geval van een polikliniekbezoek heeft er vooraf en achteraf een persoonlijk gesprek plaatsgevonden tussen u (of uw vertegenwoordiger) en de apotheker(sassistent);
3. de apotheker levert de zorg volgens de geldende richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' en legt de informatie vast in uw (digitale) patiëntdossier.

5. Farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis

Als u ontslagen wordt uit het ziekenhuis moeten veranderingen in uw medicijnen schriftelijk worden doorgegeven aan uw huisarts en apotheker. Daarnaast zal de apotheker u uitleg geven over het gebruik van (gewijzigde) medicijnen in de thuissituatie.

Voorwaarden

U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de prestatie 'Farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis' als wordt voldaan aan onderstaande voorwaarden:

1. de apotheker levert de zorg volgens de geldende richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' en legt wijzigingen vast in uw (digitale) patiëntdossier;
2. er heeft een persoonlijk gesprek plaatsgevonden tussen u (of uw vertegenwoordiger) en de apotheker(sassistent) die verantwoordelijk is voor het afleveren van uw (ontslag)medicijnen.

6. Medicatiebeoordelingen bij chronisch gebruik van geneesmiddelen

Dit is een medisch en farmaceutisch noodzakelijke, periodieke evaluatie. U hebt minimaal een 1x per 12 maanden recht op deze medicatiebeoordeling.

Voorwaarden

1. U gebruikt meerdere medicijnen chronisch; en
2. De medicatiebeoordeling gebeurt in samenspraak met u, uw behandelend arts en de overige betrokken zorgverleners; en
3. Er moet sprake zijn van een farmaceutische noodzaak; en
4. Voor de uitvoering van een medicatiebeoordeling dient de zorgverlener de geldende Prestatiebeschrijving en de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen te volgen; en
5. Een medicatiebeoordeling heeft betrekking op medicijnen die voldoen aan de voorwaarden die wij beschreven hebben in artikel B.15.1. van de Verzekeringsvoorwaarden. Als u daarnaast ook medicijnen gebruikt die niet aan deze voorwaarden voldoen, moeten die inhoudelijk wel worden meegenomen in de medicatiebeoordeling.

U bent ook verzekerd voor 'Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroep' en de facultatieve prestaties farmaceutische zorg conform de NZa beleidsregel:

- Therapietrouwverbetering bij patiënten met astma / COPD
- Medicatieoptimalisatie en begeleiding bij patiënten met de ziekte van Parkinson
- Medicatieoptimalisatie en begeleiding bij patiënten met complexe farmaceutische zorg
- Begeleidingsgesprek chronische UR (Uitsluitend Recept)-geneesmiddelen
- Begeleidingsgesprek Astma en/of COPD geneesmiddelen.

Daarnaast bent u verzekerd voor nieuwe facultatieve (deel)prestaties die gedurende de looptijd van uw verzekering worden ontwikkeld en waar uw apotheker met ons afspraken voor heeft gemaakt.

2. Vergoeding van geregistreerde medicijnen

In het GVS komen onderling vervangbare en niet onderling vervangbare medicijnen voor.

2.1 Onderling vervangbare medicijnen

Dit zijn medicijnen die:

- op dezelfde manier worden toegediend; en
- bij dezelfde soort indicatie worden ingezet; en
- voor mensen uit dezelfde leeftijdscategorie zijn bedoeld.

Zo kan een arts voor een patiënt kiezen uit twee of meer onderling vervangbare medicijnen. De overheid heeft voor elke groep van onderling vervangbare medicijnen een maximum vergoeding (vergoedingslimiet) vastgesteld. Is uw voorgeschreven middel uit die groep duurder, dan komt de meerprijs als 'eigen bijdrage' voor uw rekening.

U moet deze eigen bijdrage ook betalen als een apotheek zo'n duurder medicijn verwerkt in een magistrale bereiding (een door de apotheker zelf gemaakt medicijn).

Op www.medicijnkosten.nl kunt u de prijs van het medicijn met daarbij de eigen bijdragen van medicijnen vinden.

2.2 Niet onderling vervangbare medicijnen

Dit zijn bijlage 1B (niet geclusterde medicijnen op basis van therapeutische vergelijkbaarheid) medicijnen die verschillen in de hierboven genoemde eigenschappen, zoals werking en indicatie waarbij het middel wordt gebruikt. Deze medicijnen hebben geen eigen bijdrage en vergoeden wij volledig.

2.3 Voorkeursgeneesmiddelen

Binnen een groep onderling vervangbare medicijnen (zie artikel B.15.1.b. in de verzekeringsvoorwaarden) wijzen wij onder andere op basis van de laagste prijs één of meerdere middelen aan als voorkeursgeneesmiddel. U hebt dan binnen deze groep alleen recht op dat voorkeursgeneesmiddel. Er is altijd minstens één medicijn met de voorgeschreven werkzame stof, in de geschikte sterkte en toedieningsweg beschikbaar voor u.

De werkzame stof die in een medicijn zit, bepaalt de werking van een medicijn. Vaak zijn er meerdere medicijnen met dezelfde werkzame stof, in de geschikte sterkte en dezelfde manier van toedienen. Deze medicijnen hebben een andere prijs, maar dezelfde werking. Voor sommige stofnamen bepalen wij op basis van de prijs welk medicijn wordt vergoed.

Ondervindt u problemen?

Het kan voorkomen dat u andere bijwerkingen heeft van het zelfde medicijn in de geschikte sterkte, maar dan van een andere fabrikant. Dit kan komen door bijvoorbeeld bepaalde hulpstoffen zoals kleurstoffen of vulmiddelen. Deze bijwerkingen kunnen na een paar dagen over gaan. Als na gebruik van 15 dagen de vervelende, onacceptabele bijwerkingen niet over zijn, moet u contact opnemen met uw apotheker. Als u de bijwerkingen hebt besproken met uw apotheker neemt deze, indien nodig, contact op met uw behandelend arts om een oplossing voor u te vinden.

Als de onacceptabele bijwerkingen aanhouden nadat u het voorkeursgeneesmiddel hebt geprobeerd, onderzoekt uw apotheker eventueel samen met uw arts, of het voorkeursgeneesmiddel voor u medisch gezien misschien niet geschikt is. Hieronder wordt verstaan dat de behandeling met het door ons aangewezen medicijn, aantoonbaar medisch, niet verantwoord is (zie ook Besluit Zorgverzekering, artikel 2.8, lid 3 en 4). Uw apotheker bepaalt samen met uw huisarts of medisch specialist of het medisch nodig is dat u een ander medicijn uit het GVS gebruikt dan een voorkeurs-geneesmiddel. U hebt dan recht op dat andere medicijn met dezelfde werkzame stof, geschikte sterkte en manier van toedienen.

Dit is meestal niet het originele merkmedicijn. Dit andere medicijn mag niet onnodig duur zijn.

Onze voorkeursgeneesmiddelen staan in de Lijst 'Voorkeursgeneesmiddelen' op onze internetsite.

Bij onderling vervangbare medicijnen die geen onderdeel zijn van het voorkeursbeleid, hebt u alleen recht op het medicijn met de laagste prijs, of een medicijn dat niet meer dan 5% afwijkt van de laagste prijs.

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

Dit is onderdeel van doelmatige zorg, Zie Verzekeringsvoorwaarden artikel A.3.2.

3. Lijst Voorkeursgeneesmiddelen

Binnen een groep onderling vervangbare medicijnen wijzen wij op basis van de laagste prijs één of meerdere middelen aan als voorkeursgeneesmiddel. U hebt dan binnen deze groep alleen recht op dat voorkeursgeneesmiddel. Er is altijd minstens één medicijn met de voorgeschreven werkzame stof, in de geschikte sterkte en toedieningsweg beschikbaar voor u. De Lijst voorkeursgeneesmiddelen staat apart op onze internetsite. Wij kunnen deze lijst tussendoor aanpassen. Als dit gebeurt, plaatsen wij een bericht en een nieuwe Lijst Voorkeursgeneesmiddelen op internet.

4. Vergoeding van magistrale bereidingen

Magistrale bereidingen: medicijnen die de apotheek zelf maakt

Uw arts schrijft een medicijn voor dat de apotheek speciaal voor u maakt omdat het medicijn in de gewenste vorm of geschikte sterkte niet in de handel verkrijgbaar is. Dit heet een (*magistrale*) *bereiding*. In dit artikel leest u meer over de vergoeding ervan als toelichting op artikel B.15.4. in uw verzekeringsvoorwaarden.

Wat is het verschil tussen een magistrale bereiding en een 'doorgeleverde bereiding'?

Een (magistrale) bereiding is een medicijn dat de apotheek speciaal voor u maakt. Bijvoorbeeld omdat de geschikte sterkte of vorm van een bestaand medicijn niet geschikt is voor u. Een bereiding is een niet-geregistreerd medicijn, dat wil zeggen dat het geen handelsvergunning heeft. Als uw apotheek het door hen gemaakte medicijn aan u aflevert, is geen handelsvergunning nodig.

Als uw apotheek het medicijn niet zelf maakt, maar het door een andere apotheek laat maken, noemen wij dit een "*doorgeleverde bereiding*". Het medicijn wordt dan niet door de apotheek die het maakt aan u geleverd. Een doorgeleverde bereiding mag alleen geleverd worden als er sprake is van een uitzonderlijke situatie.

Wanneer krijgt u een bereiding vergoed?

Volgens het Besluit zorgverzekering is vergoeding van een magistrale bereiding mogelijk als er sprake is van rationele farmacotherapie. Dit betekent dat de bereiding:

- een voor de patiënt geschikte vorm moet hebben. Bijvoorbeeld een drankje voor een kind dat nog geen tablet kan doorslikken;
- bewezen werkzaam en effectief is. Dit betekent dat er voldoende wetenschappelijk onderzoek naar het medicijn is gedaan, dat het werkt tegen de klacht of ziekte en dat de werkzaamheid en effectiviteit wetenschappelijk zijn aangetoond;
- het voordeligst en meest economisch moet zijn voor de zorgverzekering. Het is bijvoorbeeld niet duurder dan vergelijkbare medicijnen die net zo goed of beter werken.

Wanneer krijgt u een bereiding niet vergoed?

Wordt niet aan bovenstaande voorwaarden voldaan? Dan krijgt u de bereiding niet vergoed.

Een bereiding wordt ook niet vergoed als er sprake is van:

- een warenwetproduct: dit is geen medicijn, maar een product zoals shampoo of handcrème;
- een medicijn om ziekten op reis te voorkomen. Bijvoorbeeld een aangepaste dosering van malariatabletten;
- een bereiding die (bijna) hetzelfde is als een 'gewoon' geregistreerd medicijn dat niet wordt vergoed en niet onder de uitzondering valt zoals omschreven in artikel B.15.4. van de verzekeringsvoorwaarden. Voorbeeld: paracetamol 500mg tabletten tegen pijn en koorts. Deze zijn niet opgenomen in het GVS (zie artikel B.15.1 van de verzekeringsvoorwaarden). Daarom wordt een bereiding van capsules met paracetamol tegen pijn en koorts ook niet vergoed;

Kijk voor alle uitsluitingen in artikel B.15.1.a. van de verzekeringsvoorwaarden.

5. Medicijnen van Bijlage 2 Regeling zorgverzekering

Voor de vergoeding van een aantal medicijnen(groep)en heeft de overheid voorwaarden gesteld. Deze medicijnen en voorwaarden staan in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering (Rzv). De voorwaarden voor de Bijlage 2-medicijnen worden regelmatig door de minister van VWS gewijzigd, ook worden er nieuwe medicijnen aan deze lijst toegevoegd. U kunt de actuele Bijlage 2 vinden op internet: www.wetten.overheid.nl (u zoekt via zoekvenster: Regeling zorgverzekering, u klikt deze aan en ziet links onderaan Hoofdstuk 8 Bijlage 2).

Op de onderstaande middelen van Bijlage 2 Rzv wordt getoetst of aan de voorwaarden is voldaan. In onderstaand overzicht kunt u per medicijn (werkzaam bestanddeel) zien wat nodig is voor de toetsing en wie de controle uitvoert. Wij kunnen deze lijst tussendoor aanpassen. Als dit gebeurt, wijzigt het Reglement en plaatsen wij een nieuw Reglement met de gewijzigde Lijst op onze internetsite.

Medicijn	nr	Manier van toetsen*	Beoordeling door
Alirocumab	110	Artsenverklaring	apothek
Ambrisentan	28	Voorschrift is voldoende	
Anticonceptiva (vergoeding uit basisverzekering tot 21 jaar)	64	Medicatiecontrole	zorgverzekeraar
Apixaban	101	Voorschrift is voldoende	
Asfotase alfa	119	Artsenverklaring	apothek
Benzodiazepinereceptor-agonist in enterale toedieningsvorm	57	Notitie op recept door voorschrijver (zie apotheekinstructie)	apothek
Bosentan	28	Voorschrift is voldoende	
Canagliflozine	93	Medicatiecontrole met apotheekinstructie	apothek
Combinatie basale insuline – glp1-agonist	112	Artsenverklaring	apothek
Cladribine	76	Artsenverklaring	apothek
Clopidogrel		Voorschrift is voldoende	
Dabigatran	101	Voorschrift is voldoende	apothek
Dapagliflozine	93	Medicatiecontrole met apotheekinstructie	apothek
Darbepoëtine-alfa		Voorschrift is voldoende	
Dieetpreparaten	1	Artsenverklaring	zorgverzekeraar
Dornase alfa		Voorschrift is voldoende	
Dulaglutide	85	Artsenverklaring	apothek
Edoxaban	103	Voorschrift is voldoende	

REGLEMENT FARMACIE

Medicijn	nr	Manier van toetsen*	Beoordeling door
Eliglustat		Voorschrift is voldoende	
Eltrombopag	94	Voorschrift is voldoende	
Empagliflozine	86	Medicatiecontrole met apotheekinstructie	apotheek
Epoprostenol iv	28	Aanvraag	zorgverzekeraar
Ertugliflozine	117	Medicatiecontrole met apotheekinstructie	apotheek
Erytropoëetine en analoga		Voorschrift is voldoende	
Everolimus	74	Medicatiecontrole met apotheekinstructie	apotheek
Evolocumab	106	Artsenverklaring	apotheek
Exenatide	58	Artsenverklaring	apotheek
Fampridine	122	Voorschrift is voldoende	
Febuxostat	98	voorschrift is voldoende	
Fidaxomicine		Voorschrift is voldoende	
Filgrastim. G-CSF ofwel Recombinant granulocyt-(macrofaag-) koloniestimulerende factor		Voorschrift is voldoende	
Fingolimod	118	Artsenverklaring	apotheek
Idebenon	115	Medicatiecontrole met apotheekinstructie	apotheek
Iloprost voor inhalatie	28	Aanvraag	zorgverzekeraar
Imiglucerase		Voorschrift is voldoende	
Interferon-alfa		Voorschrift is voldoende	
Ivabradine		Voorschrift is voldoende	
Ivacaftor	100	Artsenverklaring	apotheek
Leupropreline	92	Medicatiecontrole met apotheekinstructie	apotheek
Linacotide	102	Voorschrift is voldoende	
Linagliptine	51	Medicatiecontrole met apotheekinstructie	apotheek
Liraglutide	58	Artsenverklaring	apotheek
Lixisenatide	85	Artsenverklaring	apotheek
Lumacaftor/ivacaftor	114	Artsenverklaring	apotheek
Maagzuurremmers	71	Medicatiecontrole	Apotheek
Macitentan	28	Voorschrift is voldoende	
4 componenten meningokokken B vaccin	123	Voorschrift is voldoende	
Miglustat		Voorschrift is voldoende	
Nintedanib	104	Voorschrift is voldoende	apotheek
Patiromeer	120	Artsenverklaring	apotheek
Pentosanpolysulfaatnatrium	125	Artsenverklaring	apotheek
Pirfenidon	90	Voorschrift is voldoende	
R-DNA-interferon		Voorschrift is voldoende	
Rifaximine	111	Artsenverklaring	apotheek
Riociguat	28	Voorschrift is voldoende	
Rivaroxaban	95	Voorschrift is voldoende	
Romiplostim	61	Voorschrift is voldoende	
Sacubitril/valsartan	109	Voorschrift is voldoende	
Saxagliptine	51	Medicatiecontrole met apotheekinstructie	apotheek
Semaglutide	85	Artsenverklaring	apotheek
Sildenafil Viagra tablet en Revatio injecties komen niet voor vergoeding in aanmerking	28	Artsenverklaring	apotheek
Sitagliptine	51	Medicatiecontrole met apotheekinstructie	apotheek

Medicijn	nr	Manier van toetsen*	Beoordeling door
Statines (atorvastatine, fluvastatine, rosuvastatine, ezetimibe)		Voorschrift is voldoende	
Tadalafil Cialis komt niet voor vergoeding in aanmerking	28	Artsenverklaring	apotheek
Tafamidis	78	Voorschrift is voldoende	
Tezacaftor/ivacaftor	121	Artsenverklaring	apotheek
Ticagrelor	70	Artsenverklaring	apotheek
Treprostinil subcutaan/i.v.	28	Aanvraag	zorgverzekeraar
Trientine	124	Artsenverklaring	apotheek
Velaglucerase		Voorschrift is voldoende	
Vildagliptine	51	Medicatiecontrole met apotheekinstructie	apotheek
Zelfzorggeneesmiddelen: laxeermiddelen, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen om de maag te legen en middelen tegen droge ogen.	35	Notitie op recept door voorschrijver, medicatiecontrole met apotheekinstructie	apotheek

* Alle actuele informatie vindt u op www.znformulieren.nl.

Beoordeling

Wij nemen formeel de beslissing of u vanuit de Zorgverzekeringswet recht hebt op het middel. In veel gevallen kan ook uw apotheker of leverancier op basis van een standaard artsverklaring, of een notitie op het recept meteen beoordelen of u recht hebt op het middel of niet.

Artsenverklaring

Voor veel medicijnen bestaan standaard artsverklaringen. De voorschrijver kan deze vinden op www.znformulieren.nl onder de knop Farmacie. De arts die de diagnose heeft gesteld vult de artsverklaring volledig in en stuurt deze samen met het recept naar uw apotheek. Uw apotheek beoordeelt of u vanuit de Zorgverzekeringswet recht hebt op vergoeding. Voor deze beoordeling dient de afgiftedatum van de artsverklaring niet verder te liggen dan een maand van de uitgifte van het geneesmiddel.

Medicatiecontrole

Uw apotheker controleert of de medicijnen die u gebruikt verantwoord gecombineerd kunnen worden.

Aanvraag

Bij sommige medicijnen beoordelen wij zelf of er wordt voldaan aan de voorwaarden. Uw behandelend arts stuurt een aanvraag voor vergoeding naar onze afdeling Medische Beoordelingen. U en uw behandelend arts ontvangen hierover een reactie van ons.

Bezwaar?

Wilt u niet dat de beoordeling door uw apotheker of leverancier gebeurt, dan kunt u, met vermelding van uw bezwaar, de verklaring van uw voorschrijver rechtstreeks naar onze afdeling Medische Beoordelingen sturen.

Voldoet u niet aan de voorwaarden?

Hebt u een aandoening die niet op de artsverklaring staat vermeld of niet voldoet aan de overige voorwaarden, maar komt het medicijn wel voor in voorgaande tabel? Dan kan de behandelend specialist een gemotiveerde aanvraag bij ons indienen met daarin in ieder geval de volgende gegevens:

- de ingevulde artsverklaring, ook al voldoet u niet aan de voorwaarden;
- de medische indicatie waarvoor het medicijn wordt voorgeschreven;

- hoe vaak deze aandoening voorkomt in Nederland;
- welke andere medicijnen hiervoor zijn gebruikt en met welk resultaat;
- op basis van welke wetenschappelijke literatuur gekozen wordt voor dit medicijn.

Wij beoordelen dan of u wellicht toch recht hebt op vergoeding van het middel. U krijgt hier schriftelijk bericht van.

Let op!

Een aanvraag voor vergoeding indienen is geen garantie dat wij een akkoordverklaring afgeven.

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 blijkt bijlage 1 en 3 bij deze regeling geen besluit over de aanwijzing, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering, is genomen;
 - b. een in bijlage 3, onderdeel A, bij deze regeling genoemd niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet, mits aan daarbij vermelde criteria wordt voldaan.