



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg
Zaak : Farmaceutische zorg, preferentiebeleid, medische noodzaak
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.8 Bzv, 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv
Zaaknummer : 202001045
Zittingsdatum : 21 oktober 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar,

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 25 juni 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft op 1 september 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 2 september 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 24 september 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020038102) per brief aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 30 september 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster is op 21 oktober 2020 gehoord. De zorgverzekeraar heeft afgezien van deelname aan de hoorzitting.
- 2.5. Tijdens de hoorzitting is afgesproken dat verzoekster binnen veertien dagen een verklaring van haar huisarts over mag leggen, waaruit volgt dat er een medische noodzaak bestaat de onderhavige middelen voor te schrijven - dus waarom door haar specifiek deze varianten van de middelen moeten worden gebruikt - en hoe dit is vastgesteld.

Verzoekster heeft op 30 oktober 2020 een verklaring van de huisarts en een overzicht met de aan haar voorgeschreven medicatie aan de commissie gezonden. Op 4 november 2020 zijn van voornoemde stukken kopieën gestuurd naar de zorgverzekeraar. Deze is hierbij in de gelegenheid gesteld hierop binnen veertien dagen te reageren. De zorgverzekeraar heeft hiervan geen gebruik gemaakt.

- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 24 november 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 4 december 2020 heeft het Zorginstituut per brief de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een kopie van voornoemde brief is op 7 december 2020 aan partijen gestuurd, waarbij zij de gelegenheid hebben gekregen om binnen tien dagen te reageren op het definitieve advies van het Zorginstituut. Verzoekster heeft op 14 december 2020 per e-mail gereageerd op bovenstaand advies. Een kopie hiervan is op 21 december 2020 ter informatie aan de zorgverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2020 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering).

3.2. Verzoekster gebruikt sinds enige tijd de geneesmiddelen metformine (500 mg), simvastatine (40 mg) en esomeprazol (20 mg). De apotheek wil de niet-preferente varianten van laatst genoemde middelen niet meer afleveren. Voor de voorgeschreven variant van metformine bestaat een goedkoper alternatief.

3.3. De huisarts heeft op 27 maart 2020 per brief over verzoekster verklaard:
"Graag wil ik me aansluiten bij de klacht van mijn patiënte, vanwege het feit dat CZ en haar apotheek elkaar herhaaldelijk tegenspreken. Dit is een fenomeen dat wij huisartsen vaak tegenkomen. Ik heb hierover overleg gehad met haar huidige apotheek. Schijnbaar vergoed[t] u niet de medicatie ondanks het predicaat medische noodzaak door de huisarts. Terwijl uw medewerker dit wel telefonisch aangeeft. Patiënte heeft een anafylactische reactie gehad op furabid en is sindsdien zeer angstig voor veranderingen in medicatie. Is het mogelijk dit probleem nu op te lossen voor haar. Bij voorbaat dank.

Relevante medische problematiek:

<i>11-2001 Stoorissen maagfunctie</i>	<i>D87</i>
<i>02-2009 Diabetes Mellitus type 2</i>	<i>T90.02</i>
<i>08-2019 Anafylactische shock op nitrofurantoïne</i>	<i>A12.01</i>
<i>(...)"</i>	

3.4. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van de afwijzende beslissing, haar meegedeeld bij monde van de apotheek, gevraagd. Op 4 april 2020 heeft de zorgverzekeraar per e-mail aan verzoekster bericht dat hij deze beslissing handhaaft.

3.5. De huisarts heeft op 17 juli 2020 per brief over verzoekster verklaard:
"Ivm zeer herhaaldelijk voorgekomen intoleranties en overgevoeligheidsreacties op alternatieve medicatie (zowel generiek als spécialité), zelfs met een levensbedreigende anafylactische shock op nitrofurantoïne, geldt bij mijn genoemde patiënte het adagium: Voorkomen is beter dan genezen!. Wat is het waard om de proef op de som te blijven nemen en af te wijken van chronische medicatie die bewezen heeft geen problemen uit te lokken in haar geval. Binnen dit kader, en op basis van het vertrouwen dat de minister heeft in de huisarts, blijft van kracht: Recept is Recept."

3.6. Op 1 september 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar het advies van zijn adviserend apotheek aan de commissie gezonden. Dit luidt, voor zover hier van belang:

"Ik heb naar het dossier gekeken en het draait hier om een casus waarin de medische noodzaak van 3 middelen centraal staat: metformine, simvastatine en esomeprazol.

Wat ik sowieso belangrijk vind om op te merken is dat de verzekerde in het verleden een ernstige allergische reactie heeft gehad op nitrofurantoïne. Dit staat los van de huidige zaak, maar kan wel een grondslag zijn voor een angst voor het wisselen van medicatie. Ik zie overigens in de brief van de huisarts dit ook bevestigd worden, mevrouw is door de ernstige allergische reactie angstig voor veranderingen in medicatie. Echter we moeten uitgaan uit van medisch onverantwoord gebruik wat objectief wordt vastgesteld door zowel arts als apotheek.

Verzekerde heeft geen allergische reactie op deze middelen gehad, maar is specifiek allergisch voor nitrofurantoïne. Een allergie voor de werkzame stof in dit antibioticum. Dit komt vaker voor maar staat los van de overige 3 medicamenten.

De apotheek is geneesmiddelspecialist en heeft geoordeeld dat er geen sprake is van medisch onverantwoord gebruik. De arts schrijft ook: Voorkomen is beter dan genezen. Hieruit maak ik op dat alternatieven niet geprobeerd zijn/worden. Het is dus niet bewezen dat er bijvoorbeeld een allergie

is voor de hulpstoffen. Wij kunnen echter als CZ niet op de stoel van de voorschrijver gaan zitten. De apotheek is hier van mening dat er geen sprake is van medisch onverantwoord gebruik. De verzekerde heeft dan de keus om de medicatie zelf te betalen of het voorkeursgeneesmiddel te proberen. Mocht men hiermee niet uitkomen dan kan een ander generiek geprobeerd worden."

3.7. Op 24 september 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Het is heel begrijpelijk dat verzoekster een angst heeft ontwikkeld voor veranderingen in medicatie na de ervaren anafylactische reactie op Furabid®. Deze angst alleen is echter geen reden voor toekenning van een medische noodzaak voor geneesmiddelen met andere werkzame stoffen. De anafylactische reactie is een bekende bijwerking van het geneesmiddel Furabid®, het betreft een allergische reactie op de werkzame stof nitrofurantoïne van dit geneesmiddel. De drie geneesmiddelen die verzoekster gebruikt bestaan uit andere werkzame stoffen, namelijk metformine, simvastatine en esomeprazol. Indien gewisseld wordt naar een preferente variant van deze geneesmiddelen gaat het altijd om dezelfde werkzame stof. Wel kunnen hulpstoffen verschillen. Uit de informatie in het dossier blijkt niet dat sprake is van een contra-indicatie of overgevoeligheid voor een bepaalde hulpstof.

De huisarts noemt ‘herhaaldelijk voorgekomen intoleranties en overgevoeligheidsreacties op alternatieve medicatie (zowel generiek als spécialité)’, maar of dit geneesmiddelen met een werkzame stof anders dan nitrofurantoïne betreft, is niet bekend. Het is onduidelijk wat de huisarts hiermee bedoeld. Zijn er bijvoorbeeld andere varianten van de geneesmiddelen met de werkzame stoffen metformine, simvastatine en esomeprazol (Nexium®) geprobeerd en traden er toen bijwerkingen op die verdwenen bij opnieuw wisselen naar de bij verzoekster bekende variant? Het dossier bevat geen informatie over het gebruik van verschillende geneesmiddelen met de werkzame stoffen metformine, simvastatine en esomeprazol.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat er een medische noodzaak bestaat voor het gebruik van een specifiek geneesmiddel met metformine (fabrikant onbekend), een specifiek geneesmiddel met simvastatine (fabrikant onbekend) en Nexium®.”

3.8. De huisarts van verzoekster heeft op 30 oktober 2020 het volgende over verzoekster verklaard:

"Mijn patiënte gebruikt sinds 2009 simvastatine en metformine ivm diabetes mellitus. Deze medicatie heeft ze hard nodig om complicaties te voorkomen die samenhangen met diabetes. Sinds 2009 gebruikt ze nexium ivm chronische maagklachten ten gevolge van een middenrifbreuk. Ze heeft in de loop der jaren vele alternatieven geprobeerd die of niet hielpen of bijwerkingen gaven. Het ging dan over andere generieke middelen met in principe een zelfde werking maar met een andere samenstelling van de dragerstof of coating. Veel mensen zijn hier gevoelig voor blijkt in de praktijk. Het is dan ook erg fijn als een beproefd middel geleverd kan worden. De minister geeft ons huisartsen de vrijheid en het vertrouwen dit op titel "medische noodzaak" voor te schrijven, ook wat betreft fabrikant. De gezondheid van de patiënt is hierbij leidend. (Ik ga er uiteraard niet over wie dit moet bekostigen). Ik zal een medic[ati]eoverzicht bijvoegen, helaas is hierop niet zichtbaar wie de fabrikant was. Dit overzicht kan CZ en de apotheek u wel leveren. Voor vragen ben ik uiteraard bereikbaar voor uw rechtbank en ik hoop met deze brief een bijdrage te kunnen leveren dat patiënte de beproefde medicatie kan blijven krijgen.

Relevante [m]edische problematiek:

<i>11-2001 Stoornissen maagfunctie HDD</i>	<i>D87</i>
<i>08-2008 Fractuur voet links>dystrofie/neuropathie</i>	<i>L74</i>
<i>02-2009 Diabetes Mellitus type 2</i>	<i>T90.02</i>
<i>08-2019 Anafylactische shock op nitrofurantoïne</i>	<i>A12.01</i>

<i>Medicatie</i>	<i>Einddatum</i>
<i>Metformine tabl 500mg; 1 keer per dag 1 tablet</i>	<i>Continue</i>
<i>Nexium tabl msr 20mg; 1 keer per dag 1 tablet</i>	<i>Continue</i>

*Simvastatine tabl omh 40mg; voor de nacht: 1 tablet
Epipen inj 0,3mg=0,3ml pen; Continue"*

3.9. Het Zorginstituut heeft in het definitieve advies van 4 december 2020 het volgende verklaard:

"Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

Uit de recepthistorie is af te lezen dat verzoekster een generiek preparaat met esomeprazol voorgeschreven heeft gekregen (in november 2012) en dat 8 dagen later opnieuw Nexium® is voorgeschreven. Een tweede generiek preparaat lijkt niet te zijn geprobeerd. Of er verschillende preparaten met metformine en simvastatine zijn gebruikt, is niet op te maken uit de recepthistorie. Wel is te zien dat de voorgeschreven tabletsterkte van metformine kortdurend hoger was, namelijk 850 mg en 1000 mg, ten opzichte van 500 mg.

Het is mogelijk dat verzoekster overgevoelig is voor één of meerdere hulpstoffen die wordt/worden gebruikt in geneesmiddelen. Uit het dossier wordt echter niet duidelijk om welke hulpstof(fen) het gaat. De medische noodzaak is daarmee ook met de aanvullende informatie onvoldoende onderbouwd."

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat aan haar de - deels niet-preferente - geneesmiddelen moeten worden afgeleverd die zij thans gebruikt.

4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

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

6.2. Verzoekster heeft diabetes mellitus type 2 en een maagfunctiestoornis. Zij is aangewezen op het gebruik van geneesmiddelen, te weten metformine, simvastatine en esomeprazol. Begin 2020 wilde de apotheek de door haar gebruikte -deels niet-preferente - middelen niet meer afleveren. Verzoekster heeft aangegeven dat zij niet wil overstappen op middelen van andere fabrikanten. Zij heeft in het verleden andere varianten van deze geneesmiddelen gebruikt, maar hiervan heeft zij hevige bijwerkingen gekregen. Ook heeft zij in 2019 een zeer ernstige allergische reactie gehad op het middel Furabid® en zij is hiervoor zelfs met de ambulance naar het ziekenhuis gebracht. Zij is daarom zeer angstig voor veranderingen in haar medicatie.

In reactie op het definitieve advies van het Zorginstituut heeft verzoekster aangevoerd dat Nexium (esomeprazol) aan haar is voorgeschreven omdat zij problemen heeft met haar maagklep. Door dit probleem komt haar maagzuur omhoog, en daardoor raakt haar keel overgevoelig en haar stem hees. Zij is daarnaast aangewezen op de aan haar voorgeschreven varianten van metformine en simvastatine. Anders dan in het advies van het Zorginstituut is vermeld, zijn van beide middelen alternatieven geprobeerd.

- 6.3. De zorgverzekeraar heeft toegelicht dat hij voor geneesmiddelen een preferentiebeleid hanteert. Dit betekent dat van een aantal geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof in beginsel alleen de goedkopere variant(en) worden vergoed. Op die manier worden de zorgkosten laag gehouden.

De voorschrijvend medisch specialist of de huisarts dient aan te geven of het duurdere geneesmiddel medisch noodzakelijk is. Dit moet niet alleen op het recept worden vermeld, maar ook kort worden toegelicht. De apotheker beoordeelt vervolgens namens de zorgverzekeraar of de verklaring van de arts over de medische noodzaak voldoende duidelijk is.

De bezorgdheid van verzoekster is, gezien de eerdere anafylactische reactie, invoelbaar. Op basis van de verklaring van de huisarts kan, in combinatie met de beschikbare informatie, echter geen medische noodzaak voor de in geding zijnde middelen worden vastgesteld. Het is niet duidelijk welke alternatieven zijn gebruikt en wat de bijwerkingen waren of waarom deze alternatieven redelijkerwijs op voorhand niet kunnen worden geprobeerd. Een medische noodzaak, en dus ongeschiktheid van een generiek middel, is bijna niet op voorhand te onderbouwen. Tenzij al een bepaalde gevoeligheid of allergie voor een hulpstof vaststaat.


Er is geen duidelijke motivering van de huisarts waarom de preferente alternatieven niet kunnen worden gebruikt. Daarom kan de zorgverzekeraar de apotheek volgen in de conclusie dat er geen duidelijke medische noodzaak is voor het gebruik van alleen deze varianten van simvastatine en esomeprazol door verzoekster.

De zorgverzekeraar merkt hierbij op dat metformine niet is opgenomen in het preferentiebeleid. Ten aanzien van dit middel geldt dat aanspraak bestaat op het meest doelmatige geneesmiddel. Dit betreft de laagste prijs garantie. De apotheker bepaalt dan welk middel wordt afgeleverd.


- 6.4. De commissie overweegt dat in artikel B.15 van de voorwaarden van de zorgverzekering en het 'Reglement Farmacie' van de zorgverzekeraar is bepaald dat deze een aantal voorkeursgeneesmiddelen aanwijst. De betreffende geneesmiddelen zijn opgenomen in de 'Lijst voorkeursgeneesmiddelen'. Deze lijst wordt gepubliceerd op de website van de zorgverzekeraar. In het reglement is bepaald dat de lijst tussentijds kan worden aangepast. De werkzame stoffen simvastatine en esomeprazol staan op de Lijst voorkeursmiddelen. Hiervoor geldt het preferentiebeleid. De werkzame stof metformine staat echter niet op die lijst. Hiervoor geldt het preferentiebeleid dus niet.

- 6.5. Artikel 2.3 van het Reglement Farmacie van de zorgverzekeraar bepaalt dat van de aangewezen voorkeursgeneesmiddelen kan worden afgeweken als betrokkene bijwerkingen ondervindt van het preferente geneesmiddel. In dit artikel is vermeld: *"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 (...)"*. Uit het Reglement Farmacie en de toelichting van de zorgverzekeraar in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 17 juni 2020 volgt dat de apotheker namens de zorgverzekeraar beoordeelt of betrokkene is aangewezen op het niet-preferente middel.


- 6.6. Ten aanzien van de middelen simvastatine en esomeprazol overweegt de commissie als volgt. Voor deze middelen voert de zorgverzekeraar een preferentiebeleid. Daarom worden van deze middelen in beginsel uitsluitend de door de zorgverzekeraar aangewezen varianten vergoed. Alleen als is gebleken dat er een medische noodzaak is voor het gebruik van een niet-preferente variant komt het betreffende middel voor vergoeding in aanmerking. Verzoekster en haar huisarts hebben in dit verband verklaard dat verzoekster in 2019 een zeer ernstige allergische reactie heeft gehad op het



middel Furabid®. Hoewel de commissie begrip heeft voor de angst van verzoekster om te wisselen van medicatie, kan dit enkele gegeven niet leiden tot een afwijking van het preferentiebeleid. Zoals het Zorginstituut in het definitieve advies van 4 december 2020 heeft geconcludeerd, is het mogelijk dat verzoekster overgevoelig is voor één of meerdere hulpstoffen die wordt/worden gebruikt in geneesmiddelen. Uit het dossier wordt echter niet duidelijk om welke hulpstof(fen) het gaat. De medische noodzaak is daarmee ook met de aanvullende informatie onvoldoende onderbouwd.



6.7. Het middel metformine valt niet onder het preferentiebeleid van de zorgverzekeraar, zoals hiervoor is vastgesteld. De zorgverzekeraar heeft toegelicht dat de apotheek in dat geval het meest doelmatige (goedkoopste) middel aflevert. Uit de polisvoorwaarden en het 'Reglement Farmacie' van de zorgverzekeraar blijkt niet dat voor geneesmiddelen die niet onder het preferentiebeleid vallen uitsluitend aanspraak bestaat op het goedkoopste middel. Weliswaar is in artikel A.3.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaald dat zorg niet onnodig duur mag zijn, maar de zorgverzekeraar heeft in de procedure niet gesteld dat de desbetreffende variant van metformine onnodig duur is. De commissie concludeert daarom dat verzoekster recht heeft op aflevering van de door haar gewenste variant van het middel metformine.




6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies




7.1. De commissie beslist dat:

- 
- (i) verzoekster geen aanspraak heeft op aflevering van de niet-preferente varianten van simvastatine (40 mg) en esomeprazol (20 mg);
 - (ii) verzoekster wel aanspraak heeft op aflevering van de aan haar voorgeschreven variant van metformine (500 mg);
 - (iii) de zorgverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.



Zeist, 20 januari 2021,



G.R.J. de Groot



BIJLAGEN



1. Polisvoorwaarden

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

den, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen en anderzijds een of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

A.2.13. Wat sturen wij u toe?

Als u zich voor het eerst bij ons verzekert of als verzekeringsvoorwaarden, premie(grondslag) en/of aanspraak op zorg danwel vergoeding veranderen, dan sturen wij u:

- een nieuw polisblad. Wij geven daarbij ook aan vanaf welke datum dit nieuwe polisblad geldt. Vanaf die datum geldt uw oude polisblad niet meer.
- als u ons daar om vraagt, ook nieuwe verzekeringsvoorwaarden en een nieuw Vergoedingen Overzicht toe. Wij geven aan vanaf welke datum die nieuwe verzekeringsvoorwaarden en het nieuwe Vergoedingen Overzicht gelden. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum gelden uw oude verzekeringsvoorwaarden en het oude Vergoedingen Overzicht niet meer.
- als u ons daar om vraagt, een aanvulling op uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

U kunt de verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzichten op onze website vinden.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

U hebt recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld als de benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Wie bepalen de inhoud en omvang van de zorg?

- De inhoud en omvang van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid.
- Wij bepalen de inhoud en omvang van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verze-

keringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat beschreven waar u voor verzekerd bent. Voor alle zorg geldt dat deze moet voldoen aan alle volgende eisen:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen.

Toelichting:

- Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, gaat het er om welke klachten/aandoeningen een bepaalde beroepsgroep behandelt en welke vormen van zorg men daarvoor in het algemeen aanbiedt. Met andere woorden: behoort de zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep en rekent deze beroepsgroep de zorg tot zijn deskundigheidsgebied.
- De zorg valt als verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet onder de basisverzekering en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk B van deze verzekeringsvoorwaarden; of
- De zorg valt als verzekerde zorg onder uw aanvullende verzekering(en) en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk D van deze verzekeringsvoorwaarden.
- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Toelichting:

- Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
- In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat genoemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.
- U bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

Het moet gaan om doelmatige, passende zorg voor uw situatie. Zo moet er een indicatie voor

de zorg zijn en mag het geen onnodig dure zorg en geen onnodig uitgebreide zorg zijn. Te dure of te uitgebreide zorg in uw situatie is dus geen doelmatige zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Voorbeeld:

Als u een indicatie hebt voor een hoortoestel uit categorie X en een toestel van € 1.500,- is voldoende en geschikt voor u, dan is dat hoortoestel doelmatige zorg. U hebt dan een wettelijke eigen bijdrage van 25% van € 1.500,- en daarvan kan een deel uit uw aanvullende verzekering vergoed worden als u daarvoor verzekerd bent.

Als u uit diezelfde categorie X een toestel van € 2.000,- kiest dat even geschikt is, vergoeden we dus niets, omdat dat toestel niet doelmatig is; als er twee hoortoestellen binnen een categorie (X) zijn die even geschikt en voldoende zijn voor u, vergoeden we op basis van de doelmatigheid het hoortoestel van € 1.500,- en wordt niets vergoed van het hoortoestel van € 2.000,-.

- De verzekerde zorg kan ook bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Voor deze "andere zorg" gelden de volgende voorwaarden:
 - de andere zorg moet naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leiden; en
 - de andere zorg is wettelijk niet uitgesloten; en
 - wij hebben u van tevoren een akkoordverklaring gegeven voor de "andere zorg".

Deze algemene eisen gelden altijd naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden voor de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg. Als u al zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan inmiddels gewijzigde en u medegedeelde eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten. Een lopende behandeling waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven, mag worden afgemaakt.

A.3.3. Voorwaardelijke zorg

In afwijking van artikel A.3.2. 2^e en 3^e bolletje omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar geregelde voorwaarden (zie artikel B.22.). Op de website van de overheid: www.wetten.overheid.nl is de Regeling zorgverzekering te vinden

A.3.4. Dekkingsgebied

Uw verzekering(en) heeft (hebben) een werelddekking.

Voorbeeld:

U bent op vakantie in Frankrijk en koopt daar een bril op sterkte. U hebt een aanvullende verzekering waarin een vergoeding voor gezichtshulpmiddelen is opgenomen van € 100,- per 2 jaar. Deze vergoeding geldt dan ook voor een bril die u in het buitenland koopt.

De voorwaarden die bij het betreffende artikel horen gelden ook voor het buitenland en de zorgverlener moet voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land worden gesteld.

A.3.5. Voorwaarden op maat

Uw vergoedingen en voorwaarden worden online op maat aangeboden. Het kan dan gebeuren dat u op een bepaald moment andere voorwaarden of vergoedingen ziet dan die u eerder zag, bijvoorbeeld nadat u 18 jaar of 22 jaar bent geworden. In deze gevallen passen wij niet de voorwaarden of vergoedingen aan (zoals bedoeld in artikel A.5.3.), maar zijn vanwege uw leeftijd andere voorwaarden of vergoedingen op u van toepassing geworden.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

A.4.1. Ingangsdatum

De verzekering gaat in op de datum waarop wij uw verzoek om de verzekering bij ons af te sluiten, ontvingen. U dient hierbij uw adres te vermelden zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen. We kunnen u ook inschrijven voor de verzekering zonder (juist) adres in de Basisregistratie Personen als u:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift aan ons toestuur van maximaal een maand oud waarop de ingangsdatum van uw dienstverband genoemd staat. Hieruit moet blijken dat u aan de loonbelasting onderworpen bent in verband met in Nederland of op het continentaal plat (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg), uitgevoerd werk; of
- een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank aan ons toestuur waaruit blijkt dat u verzekerd bent ingevolge de Wet langdurige zorg; of
- er redelijkerwijs niets aan kunt doen dat het door u verstrekte adres afwijkt van het adres in de Basisregistratie Personen.

Als u op dit moment nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u in uw verzoek aan-

ernstig geslonken tandeloze kaak hebt.

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

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

Tarieven

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

B.15. Medicijnen

B.15.1. Medicijnen algemeen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

Het Reglement Farmacie is onderdeel van deze voorwaarden. In dit Reglement staat de lijst Medicijnen van bijlage 2 Regeling zorgverzekering.

Het Reglement Farmacie en de Lijst voorkeursgeneesmiddelen kunt u vinden op onze website of telefonisch bij ons opvragen.

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

B.15.1.a. Medicijnen

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

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

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

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

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

Let op!

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

Voorbeeld:

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

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

Voorbeeld van herberekening:

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

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

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

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

goeding in aanmerking komen;

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

Let op!

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

B.15.1.b. Leveren van medicijnen en advisering

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

Voor de levering van medicijnen gelden de volgende regels:

- Levering mag uitsluitend aan de verzekerde voor wie het medicijn is bestemd, zijn verzorger, of de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de toediening;
- Als een medicijn voor een langere periode is voorgeschreven, zijn 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 2^e uitgifte van een medicijn;
- uitleg als u een medicijn gebruikt waarvoor ook een hulpmiddel nodig is;
- farmaceutische begeleiding bij poliklinisch bezoek, ziekenhuisopname of -ontslag;

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

Let op!

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

Onder deze zorg valt niet:

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

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

Voorwaarden

Voorkeursgeneesmiddelen

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

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

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

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

Zorgverlener

De medicijnen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend 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 bijsluit,

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

Behandelaarsvoorstel

Algemeen

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

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

Voor welke periode mag een medicijn worden geleverd?

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

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

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

Uit het buitenland ingevoerde, niet in Nederland geregistreerde medicijnen

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

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

Tarieven

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

B.15.2. Medicatiebeoordeling bij chronisch medicijngebruik

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

Let op!

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

Voorwaarden

Algemeen

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

Zorgverlener

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

Behandelvoorstel

Een apotheker, (apotheekhoudend) huisarts, arts verstandelijk gehandicapt, 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.

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 rationale 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.