



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep  
Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering  
Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Farmaceutische zorg, geneesmiddelen, preferentiebeleid, Seroxat®

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019-2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.8 Bzv, 2.5 en bijlagen 1 en  
2 Rzv

Zaaknummer : 202000381

Zittingsdatum : 4 november 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

---

1. Partijen

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

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 17 juni 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 september 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 8 september 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 5 oktober 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020038767) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 14 oktober 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 december 2020 gehoord.
- 2.5. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoekster en de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld om, samen met de apotheker van verzoekster, te zoeken naar een oplossing. Op 17 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bericht dat een overleg in aanwezigheid van de apotheker niet mogelijk is gebleken. Aan verzoekster zal evenwel een machtiging worden verstrekt voor het middel Seroxat®. Een kopie van de reactie van de ziektekostenverzekeraar is door de commissie op 21 december 2020 aan verzoekster gestuurd, die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren.  
Op 22, 30 en 31 december 2020 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Afschriften van deze reacties zijn op 4 januari 2021 uitsluitend ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop op 13 januari 2021 gereageerd. Een kopie van deze reactie is, eveneens ter kennisname, aan verzoekster gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 4 januari 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 12 januari 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie zijn definitief advies uitgebracht. Een kopie van dit advies is op 14 januari 2021 aan partijen gezonden die daarbij in de gelegenheid zijn gesteld op het advies te reageren. Verzoekster heeft op 23 januari 2021 per brief van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze brief is op 25 januari 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd waarna deze op 26 januari 2021 heeft gereageerd. Een kopie van deze reactie is, ter kennisname, aan verzoekster gezonden. Verzoekster heeft hierop op 31 januari 2021 per brief gereageerd. Een kopie van deze reactie is, eveneens ter kennisname, aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 en 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen 50+ en Tandarts (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. In 1999 is verzoekster gediagnosticeerd met een paniekstoornis waarvoor zij is behandeld door een psychiater. Sindsdien krijgt verzoekster Seroxat® voorgeschreven en zijn haar klachten redelijk stabiel.  
Rond 2002 was het middel Seroxat® niet leverbaar. Om die reden heeft de apotheek toen aan verzoekster een generieke variant afgeleverd. Het gebruik van de generieke variant had tot gevolg dat niet alleen de stabiliteit van de paniekstoornis verdween, maar ook dat verzoekster allerlei vervelende bijwerkingen kreeg. Daarom heeft zij de ziektekostenverzekeraar verzocht aan haar in de toekomst alleen het spécialité Seroxat® af te leveren.
- 3.3. De huisarts heeft op 27 januari 2020 per brief over verzoekster verklaard:  
*"Bovengenoemde patiënte gebruikt al sedert enkele tientallen jaren dagelijks seroxat wegens ernstige angst en paniekaanvallen.  
Met deze medicatie zijn de klachten heel behoorlijk onder controle. In de loop der jaren heeft zij enkele malen verschillende generieke middelen gebruikt welke meteen weer verergering van de angstklachten veroorzaakten.  
Daarom het vriendelijke maar toch dringende verzoek voor vergoeding van seroxat spécialité."*
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan verzoekster meegedeeld dat hij ten aanzien van geneesmiddelen een voorkeursbeleid hanteert. Alleen als het medisch niet verantwoord is het voorkeursmiddel te gebruiken bestaat aanspraak op een ander geneesmiddel. De beoordeling of het verantwoord is een generiek geneesmiddel te gebruiken ligt bij de apotheek.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Wel heeft hij aangeboden de kosten van Seroxat® tot en met 31 december 2020 uit coulance te vergoeden.
- 3.6. Op 5 oktober 2020 heeft het Zorginstituut per brief zijn voorlopig advies uitgebracht. Hierin adviseert het Zorginstituut de commissie het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op de zorgverzekering, af te wijzen. Ter onderbouwing heeft het Zorginstituut het volgende geconcludeerd:  
*"Uit de beschikbare informatie in het dossier is niet gebleken dat het voor verzoekster medisch onverantwoordelijk is om generieke producten met paroxetine te gebruiken. De klachten van verzoekster (angst en paniekaanvallen) zijn niet toe te schrijven aan eventuele hulpstof(fen) en er zijn geen twijfels over de werkzaamheid van de generieke producten.  
De vaak rationeel onverklaarbare angst (angst voor de angst) van verzoekster is onderdeel van haar aandoeningen. Het is niet aannemelijk gemaakt dat de ervaren ongunstige effecten (terugval van angst- en paniekaanvallen) voortkomen uit een specifieke werking van de generieke producten. Er is ook geen reden om aan te nemen dat er een farmacotherapeutisch verband bestaat tussen de ervaren ongunstige effecten en het gebruik van een specifiek (generiek) middel."*
- 3.7. Op 12 januari 2021 heeft het Zorginstituut per brief zijn definitief advies uitgebracht. Hierin adviseert het Zorginstituut de commissie het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op de zorgverzekering, toe te wijzen. Ter onderbouwing heeft het Zorginstituut het volgende geconcludeerd:  
*"Het is niet meer te achterhalen welk generiek geneesmiddel met paroxetine is gebruikt bij de eerste substitutie (omstreeks 2002). In 2013 heeft verzoekster Paroxetine Sandoz tabletten gebruikt. Zowel Paroxetine Sandoz als Seroxat® hebben paroxetine hydrochloride als werkzame stof, verder zijn*

*er verschillen in de gebruikte hulpstoffen. Zoals de apotheker stelt is het onduidelijk waardoor de klachten zijn ontstaan na een switch. Noch de (gehalte van de) werkzame stof, noch de aan- of afwezigheid van bepaalde hulpstoffen zijn als direct oorzaak van de klachten aan te wijzen. Feit is wel dat verzoekster tot twee keer toe een relaps heeft gehad na substitutie. De voorschrijvend huisarts heeft eerder verklaard dat de angstklachten van verzoekster verergeren bij gebruik van generieke middelen.*

*Nu ook de apotheker heeft aangegeven dat sprake is van een medische noodzaak is het aannemelijk dat het medisch niet verantwoord is om bij verzoekster Seroxat® te vervangen door een generieke variant van het geneesmiddel.*

#### *Conclusie*

*Gelet op de nieuwe informatie in het dossier acht het Zorginstituut het aannemelijk dat het voor verzoekster medisch onverantwoord is om een generiek geneesmiddel met paroxetine te gebruiken. Verzoekster kan daarom aanspraak maken op vergoeding van Seroxat® ten laste van de basisverzekering."*

#### 4. Geschil


- 4.1. Verzoekster heeft aanvankelijk aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar het middel Seroxat® af te leveren. Op 22 december 2020 heeft verzoekster haar verzoek aan de commissie gewijzigd in die zin dat zij de commissie verzoekt drie vragen over de vergoeding van geneesmiddelen te beantwoorden.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

#### 5. Bevoegdheid van de commissie


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

#### 6. Beoordeling


- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over farmaceutische zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden alsmede de van belang zijnde bepalingen uit het Reglement Farmacie 2019 en de lijst met voorkeursgeneesmiddelen opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. De commissie stelt voorop dat zij alleen bevoegd is te oordelen over geschillen van consumenten, waarbij de andere partij een ziektekostenverzekeraar is (artikel 3, tweede lid, Reglement Geschillencommissie Zorgverzekeringen). Binnen dat gegeven kader heeft verzoekster de commissie aanvankelijk verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar het specialité Seroxat® af te leveren. Uit de brieven van de ziektekostenverzekeraar van 17 december 2020 en 13 januari 2021 blijkt dat aan verzoekster alsnog een machtiging is verleend voor dit middel. Omdat is gebleken dat bij haar een medische noodzaak bestaat voor het gebruik, komen de kosten hiervan ten laste van de zorgverzekering.
- 6.3. Met het erkennen van de vergoedingsplicht onder de huidige verzekeringsvoorwaarden is het materiële belang aan het verzoek komen te ontvallen. De door verzoekster in haar brief van 22 december 2020 gestelde vragen, die slechts relevant zijn voor zover deze betrekking hebben op het voorliggende geschil, behoeven onder de gegeven omstandigheden daarom geen beantwoording meer. Voor het overige geldt dat het niet aan de commissie is in algemene zin uitspraken te doen over het verzekerde pakket en de voorwaarden waaronder verstrekking of vergoeding van de kosten van zorg en overige diensten kan plaatsvinden.



Daarbij merkt de commissie ten overvloede nog op dat zij, gelet op het bepaalde in het reglement, niet bevoegd is te oordelen over een eventueel geschil dat zich voordoet tussen een apotheker en een zorgverzekeraar.




6.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dit bij brief van 22 december 2020 is aangevuld, dient te worden afgewezen. Wel ziet de commissie aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het betaalde entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.




6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.


7. Bindend advies











7.1. De commissie wijst het verzoek, voor zover dit lopende procedure is aangevuld, af en bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het betaalde entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.



Zeist, 3 februari 2021,



G.R.J. de Groot



# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

vóór uw 18e jaar. Dit geldt ook in situaties waarbij:

- o een tand door een ongeval zodanig breekt dat er alleen nog een klein worteldeel achter blijft. Om de kaakgroei niet te verstoren wordt verwijderen van resterende worteldeel uitgesteld. Dit moet dan later alsnog verwijderd worden omdat er geen prothetische constructie op kan worden geplaatst.
- o een tand na verlies door een ongeval wordt teruggeplaatst en gefixeerd om de kaakgroei niet te verstoren, terwijl de kans op 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 zorgverlener waarmee wij geen zorgovereenkomst hebben gesloten, 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.

Wij kunnen voor de akkoordverklaring nog aanvullende voorwaarden stellen.

#### **Tarieven**

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

#### **Plaats**

- De specialistische mondzorg zoals genoemd in artikel B.14.a. vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg;
- De mondzorg met betrekking tot de uitneembare volledige prothese zoals genoemd in artikel B.14.b. vindt plaats in een tandartspraktijk, centrum voor mondzorg, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of in een praktijk van een tandprotheticus.

### **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 internetsite van de overheid: [www.wetten.overheid.nl](http://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 internetsite 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](http://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, effectief en het meest economisch is.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder 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. Als u het medicijn vaker nodig hebt (en u geen andere medicijnen met een eigen bijdrage gebruikt), hebt u in totaal maximaal 10x deze eigen bijdrage: 10x € 25,- = € 250,-. Na 10x in dat jaar 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.

- 2019 heeft 365 dagen. 1 Januari tot en met 1 maart 2019 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,- te rug.

- 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 zit;
  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;
  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 die hoort bij het ter handstellen, zoals apothekers die plegen te bieden.

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 week mogelijk. Dit geldt alleen als daarvoor een medische noodzaak is en niemand het medicijnbeheer van u kan overnemen.

De bijbehorende advisering omvat ten minste:

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

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

#### **Let op!**

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.

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 spoedeisende situatie.

### **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 gewenste 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 internetsite.

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 3);
- 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.

#### **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 vindt u op [www.wetten.overheid.nl](http://www.wetten.overheid.nl). op de titel 'beroepen individuele gezondheidszorg' en artikel 36.

Wij kunnen aanvullende voorwaarden stellen aan de soort voorschrijver.

Toelichting:

Zowel de physician assistant als de verpleegkundig specialist heeft een specifiek deskundigheidsgebied. Binnen dit gebied mogen de physician assistant en/of verpleegkundig specialist zelfstandig UR-('uitsluitend recept') medicijnen voorschrijven. De physician assistant wordt opgeleid binnen geneeskundige deelgebieden zoals anesthesiologie, cardiologie, orthopedie etc. Hij/zij mag slechts UR-medicijnen voorschrijven die binnen dit deelgebied gebruikelijk zijn. De verpleegkundig specialist wordt opgeleid binnen een specifiek specialisme. In de dagelijkse praktijk baseren de physician assistant en verpleegkundig specialist het handelen op de geldende richtlijnen en daarvan afgeleide protocollen die van toepassing zijn binnen het desbetreffende deelgebied of specialisme. De physician assistant en/of verpleegkundig specialist legt in overleg met de arts (of binnen het samenwerkingsverband) vast welke UR-medicijnen binnen de reikwijdte van de voorschrijfbevoegdheid vallen en in welke situatie.

#### **Voor welke periode mag een medicijn worden geleverd?**

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

- 15 dagen of de kleinste handverpakking voor een medicijn dat nieuw voor u is;
- 15 dagen voor een medicijn ter bestrijding van plotseling optredende 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 internetsite van de overheid: [www.wetten.overheid.nl](http://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.

### Plaats

De medicijnen zijn geleverd in de praktijk van een apotheekhoudend huisarts of in een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woon- of verblijfadres.

## 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.
- De zorg valt onder 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.

#### Behandelaarsadvies

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

#### Akkoordverklaring

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

### Tarieven

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

### Plaats

De zorg wordt geleverd in de praktijk van een apotheekhoudend huisarts of in een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw

woon- of verblijfadres.

## 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;
- kalktabletten;
- 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.
- De zorg valt onder 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.

#### Behandelaarsadvies

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 mid-

(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](http://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 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 gewenste 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, sterkte en 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 zelfde 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 voorkeursgeneesmiddel. U hebt dan recht op dat andere medicijn met dezelfde werkzame stof, sterkte en manier van toedienen. Dit is meestal niet het 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. Vergoeding van magistrale bereidingen**

### **Magistrale bereidingen: medicijnen die de apotheek zelf maakt**

---

## Besluit zorgverzekering

---

### 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 op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet, of
    - 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 op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, 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;
  - 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;
  - e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, 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.