



# ANONIEM BINDEND ADVIES



Partijen : A te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : Eigen risico, farmaceutische zorg, voorkeursbeleid, insulinepen  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10, 11 en 19 t/m 23 Zvw, 2.1, 2.8 en 2.17 t/m 2.19  
Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021  
Zaaknummer : 202100456  
Zittingsdatum : 17 november 2021



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,  
tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 25 juni 2021 heeft verzoekster per brief 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. Op 27 juli 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 september 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 6 september 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 november 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering IZA Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Classic Comfort (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar hanteert een voorkeursbeleid ten aanzien van geneesmiddelen. In dat verband is door hem 'Abasaglar inj vlst 100e/ml pen 3 ml' als voorkeursgeneesmiddel aangewezen. De kosten hiervan tellen niet mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico. Verzoekster gebruikt echter Lantus Solostar met toebehoren. Zij krijgt dit geneesmiddel vergoed vanwege medische noodzaak. De kosten ervan tellen wel mee voor het eigen risico, volgens verzoekster ten onrechte.
- 3.3. Nadat hierover door haar echtgenoot was gebeld, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster op 22 februari 2021 per e-mail meegedeeld dat hij zijn beslissing, de kosten van Lantus Solostar met toebehoren te verrekenen met het eigen risico, handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van Lantus Solostar met toebehoren niet mag verrekenen met het eigen risico.
- 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 10.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over het voorkeursbeleid geneesmiddelen en het eigen risico 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 stelt dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van Lantus Solostar met toebehoren niet mag verrekenen met het eigen risico. Zij licht toe dat zij diabetes is en insuline glargine gebruikt. Vanwege het voorkeursbeleid heeft zij Abasaglar geprobeerd. Hierbij vormde niet de werkzame stof het probleem – een aspect waarop de ziektekostenverzekeraar uitgebreid ingaat in de heroverweging – maar de pen waarmee de insuline wordt toegediend. Volgens verzoekster is deze ondeugdelijk en voldoet hij niet. Zo heeft de pen geen schaalverdeling waardoor doseren moeilijk is. Daarnaast bevat hij vaak luchtbelletjes zodat de dosis niet goed bepaalbaar is. Verder komt er bij het verwijderen insuline mee terug. Het komt ook regelmatig voor dat de eerste injectie niet lukt. Er moet dan een nieuwe naald worden bevestigd. Onduidelijk is in dat geval hoeveel insuline er al is geïnjecteerd.

Verzoekster merkt op dat ook de pen van Lantus Solostar gevuld wordt afgeleverd, waaruit blijkt dat de ziektekostenverzekeraar zich baseert op onjuiste informatie. Dat de kosten van Lantus Solostar met toebehoren in haar geval meetellen voor het verplicht en vrijwillig eigen risico is naar de mening van verzoekster oneerlijk.








6.3. Onder verwijzing naar de verzekeringsvoorwaarden en het bepaalde in het Reglement farmaceutische zorg 2021, stelt de ziektekostenverzekeraar dat alleen de door hem aangewezen voorkeursgeneesmiddelen zijn uitgezonderd van het eigen risico. Deze geneesmiddelen worden op basis van de laagste prijs voor een periode van twee jaren aangewezen.

Verzoekster gebruikt niet het voorkeursgeneesmiddel Abasaglar, maar – vanwege medische noodzaak – Lantus Solostar met toebehoren. Bij het voorkeursgeneesmiddel hoort ook de pen, zoals blijkt uit de omschrijving ‘Abasaglar 100e/ml pen 3 ml’. Geneesmiddel en pen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden, aangezien de pen niet navulbaar is. Anders is dit voor de pen van Lantus Solostar, die navulbaar is met losse ampullen.

Volgens de ziektekostenverzekeraar viel de insuline voorheen onder de farmaceutische zorg en de pen onder de hulpmiddelenzorg. Er werd toen nog geen voorkeursbeleid gevoerd en beide telden mee voor het eigen risico.

Met betrekking tot de deugdelijkheid van de pen verwijst de ziektekostenverzekeraar naar het College ter beoordeling van geneesmiddelen.

6.4. De commissie overweegt dat niet in geschil is dat de ziektekostenverzekeraar een voorkeursbeleid mag voeren. Uit artikel 35 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 2.8, derde lid, Bzv volgt dat afwijking van dit beleid aan de orde kan zijn in geval van een medische noodzaak. In een bindend advies van 19 maart 2021 (SKGZ202001180) heeft de commissie geoordeeld dat een zodanige medische noodzaak ook kan zijn gelegen in de toedieningsvorm. Partijen zijn niet erover verdeeld dat verzoekster is aangewezen op Lantus Solostar met toebehoren. Zou een medische noodzaak ontbreken, dan bleven de kosten van dit geneesmiddel voor haar rekening, zo blijkt uit artikel 35 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 
- 6.5. In voornoemd artikel 35 wordt verder verwezen naar het Reglement farmaceutische zorg 2021. Op bladzijde 12 van dit stuk wordt 'Abasaglar inj vlst 100e/ml pen 3 ml' aangewezen als voorkeursgeneesmiddel voor insuline glargine. Vast staat dat verzoekster het voorkeursgeneesmiddel niet gebruikt.
- 
- 6.6. In de artikelen 7 en 8 van de voorwaarden van de zorgverzekering zijn bepalingen opgenomen omtrent het verplicht onderscheidenlijk het vrijwillig eigen risico. Hier is te lezen dat het eigen risico niet geldt voor de aangewezen voorkeursgeneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg 2021. In dit geval betreft het dan 'Abasaglar inj vlst 100e/ml pen 3 ml'. Voor alle andere geneesmiddelen geldt het verplicht en vrijwillig eigen risico onverkort.
- 
- 6.7. De commissie heeft kennis genomen van de kritiek die verzoekster heeft op het voorkeursgeneesmiddel. De door haar geuite kritiek kan evenwel niet tot de conclusie leiden dat de bij dit geneesmiddel behorende pen ondeugdelijk is. Er kan slechts worden geconcludeerd dat deze pen in de situatie van verzoekster niet de juiste toedieningsvorm is, waarmee de medische noodzaak van het alternatief in beeld komt. Deze medische noodzaak staat tussen partijen niet ter discussie zodat bespreking van de ondervonden problemen niet zinvol is. Voor de toepasselijkheid van het eigen risico is gelet op de artikelen 7 en 8 uitsluitend de feitelijke vermelding in het Reglement farmaceutische zorg 2021 doorslaggevend, en Lantus Solostar met toebehoren komt hierin niet voor.
- 
- De commissie begrijpt dat dit voor verzoekster oneerlijk voelt, omdat zij juist vanwege de medische noodzaak het andere geneesmiddel moet gebruiken. De ziektekostenverzekeraar mag echter de keuze maken alleen de gebruikers van het voorkeursgeneesmiddel te bevoordelen waar het gaat om het eigen risico. Dit is door de wetgever zo bepaald in artikel 2.17, tweede lid, onder c, Bzv.
- 
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
- 
7. Bindend advies
- 
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 24 november 2021,



L. Ritzema



# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Artikelschrijving	Naam	Artikelnummer	Firma	Ingangsdatum	Einddatum
gabapentine	Gabapentine aurobindo capsule 100mg	16061535	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021
gabapentine	Gabapentine aurobindo capsule 300mg	16061543	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021
gabapentine	Gabapentine aurobindo capsule 400mg	15703991	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021
gabapentine	Gabapentine aurobindo tablet filmomhuld 600mg	15817253	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021
galantamine	Galantamine cf retard capsule mva 24mg	15923134	Centrafarm bv	01/01/2021	31/12/2021
gemfibrozil	Gemfibrozil aurobindo tablet 600mg	14957094	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021
gemfibrozil	Gemfibrozil aurobindo tablet 900mg	14680653	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021
glatirameer	Glatirameeracetaat mylan injivst 20mg/ml wwsp 1ml	16318587	Mylan b.v.	01/01/2021	31/12/2021
glatirameer	Glatirameeracetaat mylan injivst 40mg/ml wwsp 1ml	16595335	Mylan b.v.	01/01/2021	31/12/2021
gliclazide	Gliclazide mylan retard tablet mga 30mg	15356639	Mylan b.v.	01/01/2021	31/12/2021
gliclazide	Gliclazide mylan retard tablet mga 80mg	15855716	Mylan b.v.	01/01/2021	31/12/2021
glimepiride	Glimepiride aurobindo tablet 1mg	16731085	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021
glimepiride	Glimepiride aurobindo tablet 4mg	16370252	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021
glimepiride	Glimepiride sandoz tablet 6mg	15151301	Sandoz bv	01/01/2021	31/12/2021
hydrochloorthiazide	Hydrochloorthiazide mylan tablet 12,5mg	15838579	Mylan b.v.	01/01/2021	31/12/2021
hydrochloorthiazide	Hydrochloorthiazide mylan tablet 25mg	15838595	Mylan b.v.	01/01/2021	31/12/2021
hydrochloorthiazide	Hydrochloorthiazide sandoz tablet 50mg	15695883	Sandoz bv	01/01/2021	31/12/2021
hydrocortison met overige middelen	Miconazolnitraat/hydroc rp hydrof creme 20/10mg/g	14159589	Pharmachemie bv	01/01/2021	31/12/2021
hydroxocobalamine	Hydroxocobalamine hcl cf injivst 500mcg/ml amp 2ml	14060566	Centrafarm bv	01/01/2021	31/12/2021
hydroxychloroquine	Plaquenil tablet omhuld 200mg	16281098	Sanofi-aventis netherlands b.v.	01/01/2021	31/12/2021
ibuprofen	Ibuprofen tablet 600mg	16972791	Focus Care Pharmaceuticals B.V.	01/02/2021	31/12/2021
insuline aspart <sup>8</sup>	Insuline aspart sanofi penfill injivst 100e/ml patroon 3ml	16949196	Sanofi-aventis netherlands b.v.	01/01/2021	31/12/2021
insuline aspart <sup>8</sup>	Insuline aspart sanofi solostar injivst 100e/ml pen 3ml	16949226	Sanofi-aventis netherlands b.v.	01/01/2021	31/12/2021
insuline glargine <sup>8</sup>	Abasaglar injivst 100e/ml pen 3ml	16231635	Eli Lilly	01/01/2021	31/12/2021
insuline isofaan <sup>8</sup>	Insulatard flexpen inj 100ie/ml pen 3ml	14816024	Novo nordisk bv	01/01/2021	31/12/2021
insuline isofaan <sup>8</sup>	Insulatard penfill inj 100ie/ml patr 3ml	14815982	Novo nordisk bv	01/01/2021	31/12/2021
insuline lispro <sup>8</sup>	Insuline lispro sanof solostar inj 100e/ml pen 3ml	16897501	Sanofi-aventis netherlands b.v.	01/01/2021	31/12/2021
insuline lispro <sup>8</sup>	Insuline lispro sanofi injivst 100e/ml flacon 10ml	16897536	Sanofi-aventis netherlands b.v.	01/01/2021	31/12/2021
insuline lispro <sup>8</sup>	Insuline lispro sanofi injivst 100e/ml patroon 3ml	16897528	Sanofi-aventis netherlands b.v.	01/01/2021	31/12/2021
ipratropium <sup>7</sup>	Ipratropiumbromide vinc aer 20mcg/do spb 200do+inh	16767705	Focus Care Pharmaceuticals B.V.	01/01/2021	31/12/2021
irbesartan	Irbesartan sun tablet filmomhuld 75mg	16967488	Sun pharmaceutical industries europe bv	01/01/2021	31/12/2021
irbesartan	Irbesartan xiromed tablet 150mg	16861973	Xiromed	01/01/2021	31/12/2021
irbesartan	Irbesartan xiromed tablet 300mg	16869958	Xiromed	01/01/2021	31/12/2021
irbesartan met diuretica	Irbesartan/hct xiromed tablet 150/12,5mg	16741129	Xiromed	01/01/2021	31/12/2021
irbesartan/hydrochloorthiazide	Irbesartan/hct focus tablet 300/12,5mg	16311396	Focus Care Pharmaceuticals B.V.	01/01/2021	31/12/2021
irbesartan/hydrochloorthiazide	Irbesartan/hct focus tablet 300/25mg	16311418	Focus Care Pharmaceuticals B.V.	01/01/2021	31/12/2021



- De dag waarop de zorgverzekering eindigt
- Of voor u op die dag een eigen risico gold en zo ja, voor welk bedrag.

Als de verzekeringsplicht is geëindigd, dan wordt dit ook op het bewijs van einde vermeld.

## 6.6. Verzekering van onverzekerden

Als het CAK op grond van artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet deze zorgverzekering namens u heeft gesloten, dan geldt het volgende:

- U kunt deze zorgverzekering vernietigen als u ons en het CAK binnen 2 weken aantoont dat u al een zorgverzekering heeft gesloten. De termijn van 2 weken gaat in op de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd dat zij deze zorgverzekering namens u heeft gesloten;
- Wij kunnen deze zorgverzekering wegens dwaling vernietigen als blijkt dat u niet verzekeringsplichtig bent;
- U kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste 12 maanden niet opzeggen. Na deze 12 maanden gelden de gebruikelijke opzeggingsmogelijkheden zoals vermeld in artikel 6.3.

## Artikel 7. Verplicht eigen risico

### 7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, dan geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

### 7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

- Huisartsenzorg. Het eigen risico geldt wel voor geneesmiddelen. Het eigen risico geldt ook voor onderzoek en diagnostiek die op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder worden uitgevoerd en in rekening worden gebracht. Zie artikel 11, Huisartsenzorg;
- Een gecombineerde leefstijlinterventie zoals omschreven in artikel 13;
- Verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 14;
- Verloskundige zorg door een verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico. Zie artikel 15.1, Verloskundige zorg en artikel 16, Medisch specialistische zorg;
- Kraamzorg. Zie artikel 15.2, Kraamzorg;
- Het stoppen-met-rokenprogramma zoals omschreven in artikel 24;
- De door ons aangewezen voorkeursgeneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico. Zie artikel 35, Geneesmiddelen;
- De door ons geselecteerde zorgaanbieders voor de proeftuin Blauwe Zorg in de regio Maastricht en Heuvelland, voor zover zij de door ons geselecteerde voorkeurslongmedicatie leveren. U vindt de geselecteerde zorgaanbieders en voorkeurslongmedicatie in het Reglement farmaceutische zorg bijlage D en E. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico. Zie artikel 35, Geneesmiddelen;
- De als voorkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. Zie artikel 36, Dieetpreparaten;
- Hulpmiddelen in bruikleen. Zie artikel 37, Hulpmiddelen en verbandmiddelen;
- Zorg die verband houdt met een donatie bij leven, nadat de periode zoals genoemd in artikel 22 punt d, Transplantatie van weefsels en organen is verstreken;

- Vervoer van een donor zoals genoemd in artikel 22 punt e en f, Transplantatie van weefsels en organen als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten;
- Eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

### 7.3. Voor welke zorgaanbieders en zorgarrangementen geldt het verplicht eigen risico niet?

Wij hebben de mogelijkheid om zorgaanbieders of zorgarrangementen aan te wijzen waarbij u geen of maar een gedeeltelijk bedrag aan verplicht eigen risico verschuldigd bent. Dit geldt ook voor nader aan te wijzen gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte zorgarrangementen. Deze informatie vindt u op onze website.

### 7.4. Berekening hoogte verplicht eigen risico

Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij het eigen risico als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

#### Voorbeeld

De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar telt 365 dagen. Het eigen risico is: € 385 x 30 gedeeld door 365 is € 31,64 en wordt afgerond op € 32.

### 7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het eigen risico, worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in 1 bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

## Artikel 8. Vrijwillig eigen risico

### 8.1. Varianten vrijwillig eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan kunt u kiezen uit een zorgverzekering met een vrijwillig eigen risico van: € 0, € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting staan op het polisblad.

### 8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico?

Het vrijwillig eigen risico geldt voor dezelfde zorgvormen als vermeld in artikel 7.2.

### 8.3. Berekening hoogte vrijwillig eigen risico

8.3.1. Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij het vrijwillig eigen risico als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

#### Voorbeeld

U heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100. De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar telt 365 dagen. Het vrijwillig eigen risico is: € 100 x 30 gedeeld door 365 is € 8,22 en wordt afgerond op € 8. Het verplicht eigen risico is € 385 x 30 gedeeld door 365 is € 31,64 en wordt afgerond op € 32. Het totale eigen risico bedraagt € 40 (€ 32 verplicht eigen risico en € 8 vrijwillig eigen risico).



- 8.3.2.** Als de zorgverzekering niet op 1 januari ingaat en u direct voorafgaande hieraan al een zorgverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig eigen risico, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:
- Ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is
  - De som van de onder a genoemde bedragen gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar
  - De uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

#### 8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet de wijziging uiterlijk op 31 januari aan ons doorgeven. De wijziging gaat dan met (terugwerkende kracht) in per 1 januari.

#### 8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico dan worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het vrijwillig eigen risicobedrag bij behandeling in 2 kalenderjaren, geldt dezelfde bepaling als genoemd in artikel 7.5.

## Artikel 9. Buitenland

### 9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, dan heeft u voor zorg recht op:

- Zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

#### Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, dan heeft u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt de EHIC gebruiken in Australië voor spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening. Heeft u geen zorgpas met EHIC? Dan kunt u deze gratis aanvragen.

### 9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- Vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

#### Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

## Artikel 35. Geneesmiddelen

### Dit krijgt u vergoed

Uw recht op vergoeding van de kosten van farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

Deze zorg omvat ook:

- Terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel
- Terhandstelling en begeleidingsgesprek van een voor u nieuw receptplichtig geneesmiddel
- Instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel
- Medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik.

### Geregistreerde geneesmiddelen

U heeft recht op vergoeding van de kosten van bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. Deze vindt u in bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering.

### Voorkeursgeneesmiddelen

In bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering zijn groepen van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof opgenomen. Wij kiezen voor bepaalde werkzame stoffen een voorkeursgeneesmiddel. U heeft alleen recht op vergoeding van de kosten van deze voorkeursgeneesmiddelen. U vindt de lijst met voorkeursgeneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg op onze website. Andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof vergoeden wij niet. Heel soms is behandeling met een voorkeursgeneesmiddel medisch niet verantwoord en vermeldt uw arts 'medische noodzaak' op het recept. U heeft dan recht op vergoeding van de kosten van een ander geneesmiddel.

#### Medische noodzaak

Uw arts mag alleen 'medische noodzaak' op het recept vermelden als hij deze kan onderbouwen. Twijfelt uw apotheker over de medische noodzaak? Bijvoorbeeld omdat u het geneesmiddel niet eerder heeft gebruikt. Dan neemt hij contact op met uw arts. Blijkt uit de toelichting van uw arts dat er sprake is van medische noodzaak dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van een ander geneesmiddel. Uw apotheker kiest op basis van de door uw arts voorgeschreven werkzame stof en de toelichting van uw arts welk geneesmiddel hij aan u meegeeft. Dit kan een ander generiek geneesmiddel zijn. De apotheker kan ook besluiten om het voorkeursgeneesmiddel alsnog mee te geven als er geen sprake is van medische noodzaak.

#### Voorkeursgeneesmiddelen en uw eigen risico

Het eigen risico geldt niet voor voorkeursgeneesmiddelen. U vindt de lijst met voorkeursgeneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg op onze website. Voor de dienstverlening van de apotheek geldt het eigen risico wel. Dit zijn bijvoorbeeld de kosten voor de terhandstelling van een geneesmiddel en de begeleiding bij het gebruik van nieuwe geneesmiddelen. Gebruikt u een ander geneesmiddel dan het voorkeursgeneesmiddel vanwege medische noodzaak, dan geldt het eigen risico wel.

### Zelfzorgmiddelen

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zelfzorgmiddelen als u deze geneesmiddelen langer dan 6 maanden moet gebruiken. U heeft alleen recht op vergoeding van de kosten van laxeremiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen om de maag te legen en middelen tegen droge ogen, die zijn opgenomen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De eerste 15 dagen komen de kosten van het geneesmiddel voor uw rekening.

### Niet-geregistreerde geneesmiddelen

U heeft recht op vergoeding van de kosten van niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat ook het meest economisch is voor de zorgverzekering.

U heeft recht op vergoeding van de kosten van de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

- Apotheekbereidingen;
  - Geneesmiddelen die uw arts speciaal voor u bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
  - Geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van uw behandelend arts zijn ingevoerd.
- U heeft alleen recht op vergoeding van de kosten van deze geneesmiddelen als u een zeldzame aandoening heeft die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

Tijdelijk geneesmiddelentekort

Als een geregistreerd geneesmiddel in Nederland niet of onvoldoende geleverd kan worden, heeft u recht op vergoeding van de kosten van een vervangend geneesmiddel uit het buitenland. Dit geneesmiddel moet met toestemming van de Inspectie van de Gezondheidszorg of met een tijdelijke vergunning van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen uit het buitenland zijn gehaald.

#### U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van:

- Farmaceutische zorg voor een geneesmiddel dat geen verzekerde zorg is
- Voorlichting farmaceutische zelfmanagement voor patiëntengroep
- Advies farmaceutische zelfzorg
- Advies gebruik receptplichtige geneesmiddelen tijdens reis
- Advies ziekterisico bij reizen
- Farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen
- Preventieve reisgeneesmiddelen en reisvaccinaties
- Geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet
- Geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald
- Geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.

U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

Let op:

Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname, dagbehandeling of polikliniekbezoek en farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.

#### Eigen bijdrage

U bent voor sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.

Uw wettelijke eigen bijdrage is maximaal € 250 per kalenderjaar.

Als uw zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij de eigen bijdrage als volgt:

$$\text{Eigen bijdrage} \times \frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

#### Eigen bijdrage geneesmiddelen

De minister van VWS bepaalt welke geneesmiddelen worden vergoed volgens de Zorgverzekeringswet en voor welke geneesmiddelen u een eigen bijdrage moet betalen. Uw maximale eigen bijdrage is € 250 per kalenderjaar. Naast de eigen bijdrage kan ook een eigen risico van toepassing zijn. Kijk voor meer informatie op onze website.

#### Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Gebruikt u de door ons aangewezen voorkeursgeneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg? Dan geldt het eigen risico niet. Het eigen risico geldt ook niet voor de door ons geselecteerde zorgaanbieders voor de proeftuin Blauwe Zorg in de regio Maastricht en Heuvelland, voor zover zij de door ons geselecteerde voorkeurslongmedicatie leveren. U vindt de geselecteerde zorgaanbieders en voorkeurslongmedicatie in het Reglement farmaceutische zorg bijlage D en E. U kunt ook kiezen voor andere longmedicatie, die niet als voorkeurslongmedicatie is geselecteerd. In dat geval geldt het verplicht en vrijwillig eigen risico wel.

Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie wel onder het eigen risico vallen. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Hier kunt u terecht

Bij een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

### Recept (voorschrift)

Huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant of verpleegkundige.

#### Voor hoeveel dagen mag uw apotheker geneesmiddelen aan u geven?

Uw apotheker mag uw geneesmiddel voor een bepaalde periode aan u geven. De periode is afhankelijk van uw recept, het geneesmiddel en hoe lang u het geneesmiddel moet gebruiken.

#### Nieuw geneesmiddel

- Maximaal 15 dagen of
- De kleinste verpakking als die meer bevat dan u nodig heeft voor 15 dagen

#### Geneesmiddel op basis van een herhaalrecept

- 1 maand voor een geneesmiddel dat per maand meer dan € 1.000 kost. Als u na een aaneengesloten periode van 6 maanden goed bent ingesteld op het geneesmiddel, mag uw apotheker dit geneesmiddel voor een periode van 3 maanden aan u geven
- 1 maand voor slaapmiddelen
- 1 maand voor geneesmiddelen die angst en onrust verminderen (met uitzondering van middelen uit de groep van de anti-depressiva)
- 1 maand voor geneesmiddelen die zijn opgenomen in de Opiumwet.
- Minimaal 3 maanden en maximaal 12 maanden voor een geneesmiddel voor de behandeling van een chronische aandoening.

#### Redenen om een geneesmiddel voor een kortere periode aan u te geven

- Het geneesmiddel is beperkt houdbaar
- Het geneesmiddel is beperkt beschikbaar

#### Anticonceptiepil en insuline

Voor de anticonceptiepil en voor insuline heeft u alleen de eerste keer een recept nodig.

### Toestemming

1. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor een aantal geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Wij kunnen de lijst met deze geneesmiddelen tussentijds aanpassen. U ontvangt hierover informatie. Voor het aanvragen van toestemming kan uw arts een artsenverklaring van [www.znformulieren.nl](http://www.znformulieren.nl) of een toestemmingsformulier van onze website downloaden en invullen.  
Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan het door uw arts ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren. Uw apotheker beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw apotheek wilt inleveren, dan kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen.  
Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan vooraf toestemming vragen door het formulier rechtstreeks bij ons in te dienen. Kijk voor het adres op onze website.
2. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:
  - Een aantal doorgeleverde apotheekbereidingen (op maat gemaakte medicijnen). Dit zijn bereidingen die een apotheek maakt en aan uw apotheek levert;
  - Geneesmiddelen die uw arts speciaal voor u bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
  - Geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van uw behandelend arts zijn ingevoerd.

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

### **Anticonceptiemiddelen**

Bent u jonger dan 21 jaar? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium. Voor sommige middelen is een eigen bijdrage van toepassing.

Bent u 21 jaar of ouder? U heeft alleen recht op vergoeding van de kosten van anticonceptiemiddelen als u deze middelen gebruikt voor de behandeling van endometriose of menorrhagie (als er sprake is van bloedarmoede). Als u geen recht heeft op deze vergoeding, dan krijgt u de kosten van het anticonceptiemiddel mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering heeft. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

Ongeacht uw leeftijd, heeft u recht op vergoeding van de kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje of implanonstaafje door een huisarts of een medisch specialist. Voor het plaatsen of verwijderen van een spiraaltje mag u ook naar een daartoe gecertificeerde verloskundige.

## **Artikel 36. Dieetpreparaten**

### **Dit krijgt u vergoed**

U heeft recht op vergoeding van de kosten van polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

U heeft alleen recht op vergoeding van de kosten van deze dieetpreparaten als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- a. Lijdt aan een stofwisselingsstoornis
- b. Lijdt aan een voedselallergie
- c. Lijdt aan een resorptiestoornis
- d. Lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop of
- e. Daarop bent aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

### **Dieetpreparaten**

Een dieetpreparaat is een medische voeding met een andere vorm en een andere samenstelling dan normale voeding. Er zijn verschillende soorten, onder andere drinkvoeding en sondevoeding.

In drinkvoeding zijn bijvoorbeeld extra energie, eiwitten, vetten of vitamines en mineralen opgenomen.

Sondevoeding is speciale voeding die via een dun slangetje (een sonde) door de neus of buikholte direct naar de maag of darm gaat.

### **Dieetproduct**

Een dieetproduct is een voedingsmiddel met een andere samenstelling. Voorbeelden zijn glutenvrije of zoutarme producten. Deze producten vergoeden wij niet.

### **Eigen risico**

Voor deze zorg geldt het eigen risico. In het Reglement farmaceutische zorg zijn een aantal drinkvoedingen, puddingen en vla met verschillende smaken aangewezen als voorkeursproduct. Voor deze voorkeursproducten geldt het eigen risico niet. U kunt ook kiezen voor andere producten. Dan het geldt het eigen risico wel. U vindt het Reglement farmaceutische zorg op onze website. Wij kunnen de lijst met voorkeursproducten tussentijds wijzigen. Kijk voor meer informatie over het eigen risico in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### **Hier kunt u terecht**

Bij een apotheker, apotheekhoudend huisarts of een door ons aangewezen zorgaanbieder. Voor sondevoeding kunt u alleen terecht bij een medisch specialzaak ook wel een facilitair bedrijf genoemd.

---

# 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 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.

---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.17

1. Kosten van het gebruik van zorg en overige diensten die buiten het verplicht eigen risico vallen, betreffen kosten van:
  - a. verloskundige zorg en kraamzorg,
  - b. huisartsenzorg,
  - c. multidisciplinaire eerstelijnszorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt,
  - d. gecombineerde leefstijlinterventie,
  - e. de zorg waarop ingevolge dit hoofdstuk aanspraak bestaat aan de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 2.5, eerste lid, onderdeel d, is verstreken, voor zover die zorg verband houdt met de opname, bedoeld in artikel 2.5, eerste lid, onderdeel d,
  - f. vervoer, bedoeld in artikel 2.5, tweede lid, en
  - g. verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10.
2. De zorgverzekeraar kan bepalen dat kosten van het gebruik van zorg en overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de wet geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, indien:
  - a. de verzekerde gebruik maakt van een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder,
  - b. de verzekerde een bij ministeriële regeling aangewezen gezondheidsbevorderend of op preventie gericht programma volgt, voor zover dat programma is aangewezen door de zorgverzekeraar en de kosten betrekking hebben op de aandoening waarvoor de verzekerde dat programma heeft gevolgd, of
  - c. de verzekerde gebruik maakt van door de zorgverzekeraar aangewezen farmaceutische zorg of hulpmiddel.
3. De dag, bedoeld in artikel 19, vierde lid, van de wet, is 31 december.