



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem  
Zaak : Betalingsachterstand, farmaceutische zorg, niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hoogte vergoeding, kenbaarheid  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2016 en 2017, artt. 3, 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv  
Zaaknummer : 202000972  
Zittingsdatum : 21 oktober 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 9 juli 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 september 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 8 september 2020 aan verzoeker gezonden.

2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 oktober 2020 gehoord.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker was van 20 april 2015 tot en met 30 april 2017, en vanaf 28 september 2017 onafgebroken bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Bewuzt Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). In de periode waarop dit geschil betrekking heeft had verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar (nog) geen aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten.

3.2. Verzoeker heeft vanaf 2015 door verschillende apotheken medicijnen afgeleverd gekregen. Eén van deze apotheken was in de jaren 2016 en 2017 niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar een deel van de kosten niet vergoed. Omdat verzoeker deze bedragen en ook vorderingen ter zake van het verplicht eigen risico niet (tijdig) voldeed, heeft de ziektekostenverzekeraar de desbetreffende vorderingen overgedragen aan zijn incassogemachtigde.

3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 9 april 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.4. Door de niet-gecontracteerde apotheek is ter zake van medicatie in 2016 en 2017 een totaalbedrag van € 11.692,90 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Hiervan is door de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk 70% vergoed, hetgeen neerkomt op een bedrag van € 8.185,03. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij vanwege het zogenoemde hinderpaalcriterium de vergoeding zal verhogen tot 75%, zijnde een bedrag ad € 8.769,67. Dit betekent dat de bij het incassobureau openstaande vorderingen met € 584,65 worden verlaagd, tot een bedrag van € 3.445,59, exclusief incassokosten en rente.

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de door hem bij de (niet-gecontracteerde) apotheek afgenomen geneesmiddelen volledig moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

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 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) 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. Verzoeker voert aan dat hem sinds 2015 medicatie afgeleverd wordt door een apotheek in zijn woonplaats. Doordat deze apotheek in de jaren 2016 en 2017 (nog) geen contract had met de ziektekostenverzekeraar wordt een aanzienlijk deel van de ingediende declaraties niet vergoed. Omdat verzoeker de voor zijn rekening blijvende kosten niet betaalde, heeft de ziektekostenverzekeraar de vorderingen overdragen aan een incassogemachtigde. Verzoeker stelt zich thans op het standpunt dat de ziektekostenverzekeraar de in 2016 en 2017 gedeclareerde nota's alsnog volledig moet vergoeden. Dit omdat het voor hem destijds niet kenbaar was dat de apotheek geen contract had met de ziektekostenverzekeraar.

6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat verzoeker bij hem een budgetpolis (selectief polis) heeft afgesloten. Dit houdt in dat voor zorg slechts uit een beperkt aantal zorgaanbieders kan worden gekozen. Als toch wordt gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan wordt een korting toegepast. In de jaren 2016 en 2017 bedroeg deze korting 30%. Later heeft de ziektekostenverzekeraar de korting verlaagd tot 25%. Aan verzoeker is in de jaren 2016 en 2017 medicatie afgeleverd door een niet-gecontracteerde apotheek, en daarom zijn niet alle gedeclareerde nota's volledig vergoed. Omdat verzoeker de voor zijn rekening blijvende bedragen niet (tijdig) voldeed, zijn deze vorderingen overgedragen aan zijn incassogemachtigde.

6.4. De totale openstaande hoofdsom bij zijn incassogemachtigde bedraagt, na correctie, € 3.445,59. Dit naar de stand van 6 juli 2020. Dit openstaande bedrag heeft betrekking op vorderingen ter zake het verplicht eigen risico en andere zorgkostennota's die voor eigen rekening blijven, zoals de onderhavige apotheeknota's. Dit blijkt uit de specificaties van de aan de incassogemachtigde overgedragen vorderingen van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft alleen de vorderingen die betrekking hebben op de aflevering van medicijnen in de jaren 2016 en 2017 bestreden. Daarom zal de commissie zich bij de beoordeling beperken tot deze vorderingen en neemt zij aan dat de verschuldigdheid van de overige vorderingen niet in geschil is.

**Vergoeding kosten apotheek**

6.5. Verzoeker heeft op grond van artikel 32 van de voorwaarden van de zorgverzekering (2016) aanspraak op farmaceutische zorg. Tussen partijen is niet in geschil dat in de jaren 2016 en 2017 aanspraak bestond op de door de apotheek aan verzoeker afgeleverde geneesmiddelen. Daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan.

In voornoemd artikel is vermeld dat de zorgverzekeraar voor de aflevering van geneesmiddelen met een select aantal zorgaanbieders contracten sluit. Tevens is vermeld dat als de geneesmiddelen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder worden afgenomen, een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde blijft. In artikel 1.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat maximaal 70 percent van de gemiddelde tarieven wordt vergoed indien de zorg is verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

- 6.6. Vast staat dat de apotheek waar verzoeker in de jaren 2016 en 2017 zijn geneesmiddelen heeft betrokken (nog) geen contract had met de ziektekostenverzekeraar. Daarom heeft verzoeker volgens de verzekeringsvoorwaarden voor de jaren 2016 en 2017 slechts aanspraak op vergoeding van maximaal 70% van de kosten van de door deze apotheek afgeleverde geneesmiddelen. Dit op grond van artikel 1.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dat de ziektekostenverzekeraar in het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft besloten de vergoeding te verhogen naar 75% maakt het voorgaande niet anders, maar leidt er toe dat niet kan worden gesproken van een feitelijke hinderpaal als bedoeld in de Memorie van toelichting bij artikel 13 Zvw. Hierbij overweegt de commissie dat verzoeker nadrukkelijk heeft gekozen voor een budgetpolis, met een beperkt aanbod van gecontracteerde zorgaanbieders en een navenant lagere premie.

#### **Kenbaarheid contracten met zorgaanbieders**

- 6.7. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij niet bekend was met het feit dat de desbetreffende apotheek in de jaren 2016 en 2017 (nog) geen contract had met de ziektekostenverzekeraar. Hiertoe overweegt de commissie dat de informatieplicht die op de ziektekostenverzekeraar rust nader is uitgewerkt in de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010)' van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In de artikelen 13 en 14 van genoemde regeling staat onder andere dat de ziektekostenverzekeraar verplicht is op zijn website een overzicht te publiceren van gecontracteerde zorgaanbieders, voorts of de keuze van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder leidt tot een vergoedingsbeperking, en op welke wijze de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg wordt berekend.
- 6.8. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verklaard dat hij op zijn website informatie heeft vermeld over de vergoeding indien wordt gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid om via de 'Zorgzoeker' op de website na te gaan welke zorgaanbieder door hem is gecontracteerd. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker van deze laatste mogelijkheid gebruik heeft gemaakt. Daarnaast is door de ziektekostenverzekeraar gesteld, en door verzoeker niet gemotiveerd bestreden, dat verzoeker zowel in 2016 als in 2017 geen contact met hem heeft opgenomen om navraag te doen over het al dan niet hebben van een contract met de betrokken apotheek. De budgetpolis kent een beperkt gecontracteerd zorgaanbod. Het ligt op de weg van de verzekerde zich te (laten) informeren over de aanwezigheid van een contract met de ziektekostenverzekeraar. De verzekerde kan hiertoe navraag doen bij de ziektekostenverzekeraar of de zorgaanbieder. Ook kan hij zelf onderzoek doen, met name door de 'Zorgzoeker' te gebruiken. Dat verzoeker dit heeft nagelaten kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen. Dit geldt te meer nu een en ander zich afspeelt gedurende een langere periode, en verzoeker reeds aan de hand van de eerste niet volledig vergoede nota reeds had kunnen vaststellen dat dit verband hield met het niet-gecontracteerd zijn van de apotheek.
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 oktober 2020,



L. Ritzema



# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

3. Overige stukken

### 13. Algemene informatie over (niet-) gecontracteerde zorg

Kenmerk

TH/NR-010

Pagina

5 van 28

De zorgverzekeraar vermeldt op de website de volgende punten, indien het contracteren van zorg door de zorgverzekeraar mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde:

- a. of er sprake is van gecontracteerde zorg;
- b. zo ja, voor welke vormen van zorg er sprake is van gecontracteerde zorg, of voor welke vormen van zorg er niet sprake is van gecontracteerde zorg en dat er voor de overige vormen van zorg wel sprake is van gecontracteerde zorg;
- c. of de keuze voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder leidt tot een vergoedingsbeperking;
- d. de hoogte van het percentage van de vergoeding bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder;
- e. de tarieflijsten met vergoedingen waarover de vergoedingsbeperking voor niet-gecontracteerde zorg berekend wordt, wanneer de verzekeraar van zulke tarieflijsten gebruik maakt;
- f. de wijze waarop de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg berekend wordt;
- g. of de zorgverzekeraar selectief is in het contracteren van zorgaanbieders, en zo ja, hoe de zorgverzekeraar deze zorgaanbieders selecteert.

### 14. Gecontracteerd zorgaanbod

- 14.1 Als de zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders werkt en dit mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde, vermeldt de zorgverzekeraar in een actueel overzicht op de website welke zorgaanbieders op dat moment per polis zijn gecontracteerd.
- 14.2 Het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders bevat tevens informatie over de volgende punten:
  - a. hoe vaak het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders wordt geactualiseerd;
  - b. wanneer het overzicht voor het laatst is gewijzigd;
  - c. indien van toepassing, een algemeen toelichtende tekst inhoudende:
    - dat tijdens de overstapperiode nog niet alle contracten afgesloten zijn;
    - dat alle gecontracteerde zorgaanbieders zodra ze zijn afgesloten op de website worden geplaatst;
    - welke de mogelijke gevolgen zijn voor de verzekerde van het afsluiten van een zorgverzekering wanneer nog niet alle contracten zijn afgesloten.
  - d. voor welke periode de contracten zijn afgesloten.
- 14.3 De zorgverzekeraar verwijst in de polisvoorwaarden naar het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders op de website van de zorgverzekeraar met daarbij een weblink.

# I. Algemeen gedeelte

## Artikel 1. Verzekerde zorg

### 1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Bewuzt Basis is een natuerverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering hebt u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook hebt u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

---

#### Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken hebt met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en bemiddeling. De afdeling Zorgadvies en bemiddeling kunt u bereiken via onze website.

---

### 1.2. Medische noodzaak

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

### 1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder.

Voor enkele vormen van zorg bent u verplicht gebruik te maken van een specifiek voor de Bewuzt Basis gecontracteerde zorgaanbieder. U vindt deze zorg in de artikelen 15 (Medisch specialistische zorg), 25 (Gespecialiseerde GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder), 32 (Geneesmiddelen), 34 (Hulpmiddelen en verbandmiddelen) en 35 (Verblijf).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van de overeenkomst, vindt u op onze website.

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut en tandarts. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

---

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

---

### 1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 70% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerde tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 70% van de Wmg-tarieven. Het kan dan zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen.



**Uitzondering:**

Gaat u voor huisartsenzorg zoals vermeld in artikel 11, Huisartsenzorg, onder omschrijving, punt 1 naar een huisarts waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven.

U vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze lijst vindt u op onze website. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met uw eigen risico of een eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hebt u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren.

### 1.5. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Het is belangrijk dat op de nota de volgende informatie staat:

- uw naam, adres en geboortedatum;
- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling;
- naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Op de vergoeding brengen wij een eventueel eigen risico en wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van [www.XE.com](http://www.XE.com). Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

---

**Online declareren**

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar [www.mijnbewuizt.nl](http://www.mijnbewuizt.nl). U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

---

### 1.6. Tijdige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, hebt u recht op zorgbemiddeling. Wij kunnen u toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Wij vergoeden dan de kosten tot maximaal de wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn vastgesteld, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Om te bepalen of er sprake is van tijdige zorgverlening, gaan wij uit van:

- medisch inhoudelijke factoren;
- algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

### 1.7. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

### 1.8. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen, houden wij geen rekening met uw eigen risico of een eigen bijdrage. Deze bedragen brengen wij later bij u als verzekeringnemer in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

### 1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

### **Toestemming**

U hebt vooraf onze toestemming nodig:

1. als de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de gebitsprothese hoger zijn dan:
  - € 675 voor een boven- of onderkaak;
  - € 1.350 voor een boven- en onderkaak samen;
2. als u uw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen.

De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

---

### **Eigen bijdrage gebitsprothese**

U hebt recht op een gebitsprothese (kunstgebit) voor de boven- en/of onderkaak. U betaalt een eigen bijdrage van 25% van de kosten. De kosten van het trekken van tanden en kiezen komen niet voor vergoeding in aanmerking, maar worden mogelijk wel vergoed als u een aanvullende (tandarts)verzekering hebt.

U hebt recht op een implantaat voor een kunstgebit als u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt. Kijk hiervoor in artikel 30.2. U betaalt in dit geval een eigen bijdrage van € 125 per kaak in plaats van een eigen bijdrage van 25% van de kosten.

**Let op:** naast een eigen bijdrage kan ook een eigen risico van toepassing zijn.

---

## **FARMACEUTISCHE ZORG**

### **Artikel 32. Geneesmiddelen**

#### **Omschrijving**

Uw recht op 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**

Met uitzondering van de werkzame stoffen waarvoor wij voorkeursgeneesmiddelen hebben aangewezen, hebt u recht op levering van de door de minister van VWS aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. U vindt de door de minister aangewezen geneesmiddelen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. U hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als u aan deze voorwaarden voldoet. U vindt deze geneesmiddelen en de voorwaarden in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

#### **Voorkeursgeneesmiddelen (preferente geneesmiddelen)**

Wij kunnen geneesmiddelen uit bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering aanwijzen als voorkeursgeneesmiddelen. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Als wij voor bepaalde werkzame stoffen met specifieke toedieningsweg bepaalde geneesmiddelen hebben aangewezen en andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en specifieke toedieningsweg niet, hebt u aanspraak op de door ons aangewezen geneesmiddelen. Maakt u geen gebruik van voorkeursgeneesmiddelen, dan vergoeden wij deze in principe niet. Alleen als uw arts aangeeft dat behandeling met het voorkeursmiddel voor u medisch niet verantwoord is, hebt u recht op een ander geneesmiddel.

Wij kunnen de lijst met aangewezen geneesmiddelen op ieder moment wijzigen. U ontvangt hierover van ons informatie. U vindt de lijst met aangewezen geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg op onze website.

---

#### **Voorkeursbeleid geneesmiddelen (preferentiebeleid)**

Preferentie betekent letterlijk voorkeur. Bij geneesmiddelen wil dat zeggen dat er voorkeur is voor lager geprijsde geneesmiddelen. Wij kunnen binnen een groep van gelijke geneesmiddelen (met dezelfde werkzame stof) een voorkeursgeneesmiddel aanwijzen. U vindt deze aangewezen voorkeursmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Het verplicht en vrijwillig eigen risico gelden niet voor deze voorkeursgeneesmiddelen. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, de begeleiding bij nieuwe medicatie of een inhalatie instructie, niet zijn vrijgesteld van het eigen risico.

---

### **Zelfzorgmiddelen**

U hebt recht op zelfzorgmiddelen als u deze geneesmiddelen langer dan 6 maanden moet gebruiken. U hebt alleen recht op laxeermiddelen, 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 hebt recht op niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor de zorgverzekering.

U hebt recht op 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 hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als u een zeldzame aandoening hebt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

U hebt geen recht op:

- farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
- farmaceutische zorg met betrekking tot een geneesmiddel dat geen verzekerde zorg is;
- voorlichting farmaceutische zelfmanagement voor patiëntengroep;
- advies farmaceutische zelfzorg;
- advies gebruik receptplichtige geneesmiddelen tijdens reis;
- advies ziekerisico bij reizen;
- 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 geregistreerd geneesmiddel dat niet door de minister van VWS is aangewezen;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.

### **Wie mag de zorg verlenen**

Apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

### **Let op**

Wij sluiten voor geneesmiddelen met een select aantal zorgaanbieders contracten. U vindt de voor uw zorgverzekering gecontracteerde zorgaanbieders op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij specifiek voor uw zorgverzekering geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

---

### **Uw geneesmiddelen online bestellen?**

Bij de voor uw zorgverzekering gecontracteerde apotheken kunt u medicijnen ook snel en eenvoudig online bestellen. Kijk voor meer informatie op de website van uw apotheek.

---

### **Eigen bijdrage**

U bent voor sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.

---

### **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. Als u moet bijbetalen voor een medicijn, telt deze eigen bijdrage niet mee voor uw eigen risicobedrag. Kijk voor meer informatie op onze website. U kunt voor informatie ook terecht bij uw apotheek.

---

### **Recept (voorschrift)**

**Huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg.**

### **Toestemming**

Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. Deze voorwaarden zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal van de geneesmiddelen op bijlage 2 hebt u vooraf onze toestemming nodig. 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) 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, 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 de artsenverklaring rechtstreeks bij ons in te dienen. Kijk voor het adres voor in de voorwaarden of op onze website.

### **Bijzonderheden**

1. Geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 5 van de Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.
2. 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.

---

### **Anticonceptiemiddelen**

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

Ongeacht uw leeftijd, hebt u recht op het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje of implanonstaafje door een huisarts die hiervoor een overeenkomst met ons heeft of een medisch specialist. Voor het plaatsen of verwijderen van een spiraaltje mag u ook naar een verloskundige die hiervoor een overeenkomst met ons heeft gesloten.

---

## **Artikel 33. Dieetpreparaten**

### **Omschrijving**

U hebt recht op polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

U hebt alleen recht op 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.

---

### **Voorkeursdrinkvoeding (voorkeursproducten)**

Wij kunnen voor enkele groepen drinkvoeding waarop u recht hebt op basis van dit artikel, voorkeursproducten selecteren.

Er is dan voorkeur voor lager geprijsde drinkvoeding (van een bepaalde fabrikant en/of een bepaald merk).

U vindt de lijst met de door ons geselecteerde drinkvoeding in het Reglement farmaceutische zorg op onze website. Wij kunnen de lijst met geselecteerde drinkvoedingen (voorkeursproducten) op ieder moment wijzigen. U ontvangt hierover van ons informatie.

### **Uw voordeel**

Gaat u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder en gebruikt u de door ons geselecteerde voorkeursdrinkvoeding, dan hebt u een voordeel. Het verplicht en vrijwillig eigen risico gelden dan namelijk niet. U kunt ook kiezen voor andere drinkvoeding, die niet als voorkeursdrinkvoeding is geselecteerd. In dat geval geldt het verplicht en vrijwillig eigen risico wel.

---

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 3

(...)

3. De zorgverzekeraar stelt alle varianten van de zorgverzekering die hij in een provincie aanbiedt, in de vorm van modelovereenkomsten ter beschikking aan personen die overwegen ten behoeve van een in die provincie wonende verzekeringsplichtige een zorgverzekering met die verzekeraar te sluiten, alsmede, indien de zorgverzekeraar varianten toevoegt of wijzigt, aan de verzekeringnemers die ten behoeve van een in die provincie wonende verzekeringsplichtige een zorgverzekering met hem hebben gesloten.

(...)

## Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

(...)

c. farmaceutische zorg;

(...)

## Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

## **Artikel 13**

1. Indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
2. De zorgverzekeraar neemt de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst op.
3. Indien bij of krachtens de algemene maatregel van bestuur, bedoeld in artikel 11, is bepaald dat een deel van de kosten van een bepaalde vorm van zorg of van een bepaalde andere dienst voor rekening van de verzekerde komt, verwerkt de zorgverzekeraar dit in de wijze waarop hij de vergoeding voor de desbetreffende vorm van zorg of dienst berekent.
4. De wijze waarop de vergoeding wordt berekend is voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk.
5. Indien een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder als bedoeld in het eerste lid wordt beëindigd, houdt een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze aanbieder, recht op zorgverlening door die aanbieder voor rekening van deze zorgverzekeraar.

---

## **Besluit zorgverzekering**

---

### **Artikel 2.1**

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 2 van het Interimbesluit forensische zorg.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

### **Artikel 2.8**

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:

- a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
- b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
  - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
  - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die 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, eerste 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.**