

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. drs. J.W. Heringa, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202300898

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het geneesmiddel Ventolin® aan hem te blijven vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Hij heeft in dit verband aangevoerd dat hij niet goed reageert op het preferente geneesmiddel zodat sprake is van een medische noodzaak. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding geweigerd en gesteld dat de medische noodzaak niet is aangetoond.
- 1.2. De commissie overweegt dat verzoeker niet aannemelijk heeft gemaakt dat het gebruik van het door de ziektekostenverzekeraar aangewezen preferente geneesmiddel in zijn geval medisch onverantwoord is.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

### 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 21 februari 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 22 maart 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 3 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 4 april 2024 aan verzoeker gestuurd, die de commissie op 11 april 2024 aanvullende informatie zond. Deze aanvullende informatie is in kopie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 30 mei 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024014386) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op dezelfde datum aan partijen gestuurd. Verzoeker zond de commissie op 8 en 12 juni 2024 nogmaals aanvullende informatie. Afschriften hiervan werden aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 juli 2024 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagezonden stukken zijn op 10 juli 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 30 mei 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 15 juli 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

### 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Basis Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Tand Goed (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om deze reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker gebruikt het geneesmiddel Ventolin® 100 AER CFKVR 100 mcg/DO SPBS 200 DO + Inhalator (hierna Ventolin®). De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van dit geneesmiddel geweigerd.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 22 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 30 mei 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.5. Bij brief van 15 juli 2024 heeft het Zorginstituut de commissie geïnformeerd dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

### 4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het geneesmiddel Ventolin® aan hem te blijven vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. Hij heeft hiertoe aangevoerd, zoals verwoord in zijn brief van 21 februari 2024, dat hij bekend is met het preferentiebeleid van de ziektekostenverzekeraar en dat hij bij de andere (preferente) geneesmiddelen die hij gebruikt geen problemen ervaart, maar wel bij het geneesmiddel met het bestanddeel salbutamol. Verzoeker kreeg benauwdheidsklachten, voelde zich niet lekker, kreeg uitslag, ontstoken tandvlees en aften in zijn mond. De generieke varianten die hij heeft geprobeerd bleven na een aantal dagen gebruik in de kast liggen vanwege deze klachten. Volgens verzoeker is sprake van een medische noodzaak voor het niet-preferente geneesmiddel. De behandelend longarts en de huisarts hebben al veel administratief werk liggen en kunnen hun tijd, gelet op de tekorten in de gezondheidszorg, beter besteden. Zij zijn niet bereid om een uitgebreide onderbouwing te geven van de bestaande medische noodzaak. Op het recept van de huisarts stond 'medische noodzaak'. De huisarts heeft nog wel een recept willen verstrekken met de toevoeging "patiënt reageert niet goed op de salbutamol". Volgens verzoeker mag de apotheker niet op de stoel van een arts of medisch specialist gaan zitten. De apotheker wil een uitgebreide onderbouwing, maar weigert contact op te nemen met de huisarts. Als resultaat van het niet gebruiken van het geneesmiddel verwacht verzoeker in de toekomst een verslechtering van zijn longcapaciteit met een ziekenhuisopname tot gevolg.

4.3. Ter zitting heeft verzoeker herhaald dat sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van Ventolin®. Verzoeker heeft het preferente geneesmiddel van Sandoz b.v. en een ander generiek middel geprobeerd. De apotheker heeft ten onrechte het voorschrift van de huisarts niet gevolgd en geen contact opgenomen met de huisarts dan wel de behandelend longarts.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij niet gehouden is Ventolin® aan verzoeker te vergoeden. Hij heeft hiertoe in zijn reactie aan de commissie van 3 april 2024 gesteld dat hij een preferentiebeleid voert en alleen het merkgeneesmiddel vergoedt als het gebruik van het voorkeursgeneesmiddel medisch niet verantwoord is. Op grond van het reglement Farmaceutische zorg is het geneesmiddel van Sandoz b.v. het voorkeursgeneesmiddel voor het jaar 2023.

5.2. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar artikel 35 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Als behandeling met het voorkeursgeneesmiddel medisch niet verantwoord is, dient de arts 'medische noodzaak' op het recept te vermelden. Artsen mogen alleen 'medische noodzaak' op het recept zetten als zij dit kunnen onderbouwen. De apotheker kiest op basis van de door de arts voorgeschreven werkzame stof en diens toelichting welk geneesmiddel aan de verzekerde wordt meegegeven. De apotheker beoordeelt de medische noodzaak. Hij kan bepalen dat er wel of geen medische noodzaak bestaat. Als geen sprake is van een medische noodzaak geeft de apotheker het voorkeursgeneesmiddel mee. In de heroverweging van 22 mei 2023 stelt de ziektekostenverzekeraar dat hij contact heeft opgenomen met de apotheker van verzoeker. De apotheker heeft bij die gelegenheid verklaard dat de medische noodzaak niet door de huisarts of een medisch specialist is onderbouwd. Uit coudance is het niet-preferente geneesmiddel eenmalig aan verzoeker vergoed.

5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat de beoordeling van de medische noodzaak in beginsel ligt bij de voorschrijver, apotheker en patiënt. De ziektekostenverzekeraar volgt deze zogenoemde driehoek. Als de apotheker weigert om te handelen volgens de richtlijnen zoals opgenomen in de leidraad 'Verantwoord Wisselen Medicijnen' en geen contact opneemt met de voorschrijver, kan verzoeker een klacht indienen bij de apotheker of de Patiëntenfederatie. Het telefonisch contact met de apotheker heeft niet geleid tot een oplossing. De apotheker heeft geen contact opgenomen met de huisarts van verzoeker.

## 6. Advies Zorginstituut

6.1. In het voorlopig advies van 30 mei 2024 (door het Zorginstituut als definitief bestempeld bij brief van 15 juli 2024) heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

### "Beoordeling"

*De informatie in het dossier is farmacotherapeutisch en juridisch beoordeeld.*

*Ventolin® is een merkgeneesmiddel met de werkzame stof salbutamol. Generieke alternatieven met dezelfde werkzame stof, hoeveelheid, toedieningsvorm zouden eenzelfde effect moeten hebben. Gebruikte hulpstoffen kunnen mogelijk afwijken tussen de geneesmiddelen onderling.*

*Salbutamol staat niet vermeld op bijlage B (rode categorie) of bijlage C (oranje categorie) van de leidraad 'Verantwoord Wisselen Medicijnen'. Dit betekent dat het middel in de groene categorie valt. Bij geneesmiddelen die in de groene categorie vallen is wisselen in principe mogelijk, tenzij individueel patiëntgebonden factoren een wisseling niet of slecht mogelijk maken. Voorbeelden van individueel patiëntgebonden factoren zijn een allergie of intolerantie voor bepaalde hulpstoffen of in geval van een eerdere wisseling een gedocumenteerde bijwerking of verminderde werking.*

Verzoeker verklaart in eerste instantie last te hebben gehad van de bijwerkingen uitslag, hoesten en problemen met ademen (in de avond). Op een ander moment geeft verzoeker aan last te hebben gehad van uitslag, ontstoken tandvlees en afters in zijn mond. Uit het dossier wordt niet duidelijk welke generieke varianten van salbutamol verzoeker heeft geprobeerd. Ook is niet bekend hoe lang verzoeker de generieke varianten van salbutamol heeft gebruikt en wanneer de bijwerkingen precies optraden.

Verweerder heeft het geneesmiddel salbutamol aërosol 100 microgram/dosis van Sandoz als voorkeursgeneesmiddel aangewezen. Dit geneesmiddel heeft oliezuur en ethanol als extra hulpstoffen in vergelijking tot Ventolin®. Beide hulpstoffen worden als dragergas gebruikt. Het dossier bevat geen informatie over een eventuele allergie of een intolerantie van verzoeker voor deze hulpstoffen. Ook is niet bekend of verzoeker het voorkeursgeneesmiddel salbutamol van Sandoz daadwerkelijk heeft geprobeerd. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet vast te stellen of de klachten die verzoeker in het verleden heeft ervaren, daadwerkelijk toe te schrijven zijn aan het gebruik van verschillende generieke varianten van salbutamol.

#### Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat er een medische noodzaak bestaat voor Ventolin®. Farmacologisch gezien is het niet onverantwoord voor verzoeker om de preferente variant Salbutamol aërosol 100 microgram/dosis (van de fabrikant Sandoz) te gebruiken.

#### Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Farmacologisch gezien is er geen sprake van een medische noodzaak voor het gebruik van Ventolin®."

## 7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. 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.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over geneesmiddelen en het preferentiebeleid 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.

### Zorgverzekering

- 8.2. Een verzekeraar mag op grond van artikel 2.8, eerste lid, onder a, in verband met artikel 2.8, derde lid, Bzv een zogeheten preferentiebeleid voeren. Voert de verzekeraar een dergelijk beleid, dan vormt dit een wezenlijk onderdeel van de overeenkomst van zorgverzekering. In het kader van de transparantie moet daarom, bij het aangaan of de verlenging van deze overeenkomst, het bestaan van een dergelijk beleid via de verzekeringsvoorwaarden kenbaar worden gemaakt. Tevens moeten kenbaar worden gemaakt de consequenties van dit beleid voor de verzekerden, met name door publicatie van een lijst met door de verzekeraar als preferent aangewezen geneesmiddelen. Elke wijziging hierin lopende een verzekeringsjaar moet tijdig aan de verzekeringnemers worden medegedeeld, een en ander overeenkomstig artikel 19 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017, vanaf 1 november 2023: TH/NR-022) van de Nederlandse Zorgautoriteit.

- 8.3. Een verzekeraar kan het preferentiebeleid, mede tegen de achtergrond van de Nota van Toelichting bij artikel 2.8 Bzv, op geen andere wijze vormgeven dan zoals nader uitgewerkt in artikel 2.8 Bzv. In dit verband moet de verzekeraar een bewuste keuze maken, waarbij hij door de minister aangewezen geregistreerde onderling vervangbare geneesmiddelen mag uitsluiten van verstrekking of vergoeding, mits hij van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste één geneesmiddel aanwijst (het 'preferente geneesmiddel') dat voor de verzekerde beschikbaar is. Bij het maken van zijn keuze moet de verzekeraar zorgvuldig te werk gaan en rekening houden met de belangen van al zijn verzekerden (zie ook gerechtshof Arnhem-Leeuwarden van 26 april 2022 (ECLI:NL:GHARL:2022:3265). In dat verband kan het nodig zijn binnen een groep geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof meer dan één preferent geneesmiddel aan te wijzen om te voorkomen dat een substantiële groep verzekerden buiten de boot valt. Een verzekeraar kan daartoe echter ook om andere redenen besluiten. Eventuele afspraken tussen een verzekeraar en een apotheek over de terhandstelling van de goedkoopste variant van een geneesmiddel vallen buiten het preferentiebeleid, zoals hiervoor beschreven. Dergelijke afspraken kunnen een verzekerde dan ook niet worden tegengeworpen, zelfs niet als hiernaar wordt verwezen in de verzekeringsvoorwaarden. Zodanige afspraken vormen immers een feitelijke beperking van de uit het Bzv en de Rzv voortvloeiende aanspraak op geneesmiddelen.
- 8.4. Indien de verzekeraar een preferent geneesmiddel heeft aangewezen, dan geldt - als hoofdregel - dat de apotheek dit middel aan de verzekerde ter hand stelt. Hierop wordt alleen een uitzondering gemaakt als de behandeling met het preferente geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is. In dat geval, zo blijkt ook uit het arrest van de Hoge Raad van 9 juli 2021 (ECLI:NL:HR:2021:1111), heeft de verzekerde op grond van artikel 2.8, vierde lid, Bzv aanspraak op verstrekking van het aan hem voorgeschreven geneesmiddel zonder dat hij eerst nog het preferente geneesmiddel moet proberen.
- 8.5. Behandeling met het preferente geneesmiddel kan medisch niet verantwoord zijn, indien een allergie of overgevoeligheid voor een bepaalde vul- of hulpstof is vastgesteld dan wel als het wisselen van geneesmiddel voor betrokkene een risico oplevert, vanwege onder meer therapietrouw. De Leidraad Verantwoord Wisselen Medicijnen biedt hiervoor handvatten.
- 8.6. Het is aan degene die het recept afgeeft (de 'voorschrijver') om gemotiveerd aan te geven dat de behandeling met het preferente geneesmiddel voor de verzekerde medisch onverantwoord is. Is de apotheker hiervan niet overtuigd, dan dient deze contact te zoeken met de voorschrijver. Indien dit niet tot overeenstemming leidt, dan ligt het op de weg van de apotheker om farmacologisch te onderbouwen waarom het gebruik van het preferente geneesmiddel door de verzekerde volgens hem niet medisch onverantwoord is.
- 8.7. In dit geval is in artikel 35 van de verzekeringsvoorwaarden het preferentiebeleid van de ziektekostenverzekeraar opgenomen. Hierin staat dat de ziektekostenverzekeraar voor bepaalde werkzame stoffen kiest voor een voorkeursgeneesmiddel. Het door verzoeker gebruikte geneesmiddel Ventolin® bevat de werkzame stof salbutamol. Voor deze werkzame stof is door de ziektekostenverzekeraar voor 2023 het geneesmiddel van Sandoz b.v. aangewezen. In artikel 35 staat verder dat artsen alleen 'medische noodzaak' op het recept mogen vermelden als zij deze kunnen onderbouwen. Heeft de apotheker vragen over de voorgeschreven medische noodzaak, dan neemt de apotheker contact op met de voorschrijver. De commissie constateert dat in de onderhavige zaak door de apotheker geen contact is opgenomen met de huisarts. De ziektekostenverzekeraar heeft uit coulance de apotheker hierover benaderd, maar dit heeft niet ertoe geleid dat de apotheker alsnog navraag heeft gedaan bij de voorschrijver. Hiermee is niet gehandeld op de wijze als in de verzekeringsvoorwaarden is vermeld. Het voorgaande laat echter onverlet dat pas aanspraak bestaat op Ventolin® als de medische noodzaak daarvan aannemelijk is gemaakt.

- 8.8. De commissie overweegt in dit verband dat het hier een geneesmiddel betreft dat valt in de categorie 'groen' volgens de Leidraad Verantwoord Wisselen Medicijnen. Wel komt de werkzame stof salbutamol voor op het medicijnoverzicht 'wisselen ongewenst' van medicijnenautoriteit het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (hierna: Het CBG). Op deze lijst staan verschillende geneesmiddelen waarbij wisselen, in het belang van de patiënt, door het CBG niet wenselijk wordt geacht, waaronder ook geneesmiddelen voor astma en COPD-patiënten. De commissie merkt hierover in de eerste plaats op dat het Zorginstituut in zijn advies van 30 mei 2024 verklaart dat het wisselen van geneesmiddelen met de werkzame stof salbutamol in beginsel wél mogelijk is. Dit is slechts anders als een medische noodzaak bestaat.

Het Zorginstituut stelt in zijn advies verder dat het preferente geneesmiddel de extra hulpstoffen oliezuur en ethanol bevat in vergelijking tot Ventolin®. Uit het dossier kan niet worden opgemaakt dat verzoeker een allergie of intolerantie heeft voor een van deze hulpstoffen. Op basis van de beschikbare informatie is niet vast te stellen of de klachten die verzoeker in het verleden heeft ervaren, toe te schrijven zijn aan het gebruik van verschillende generieke varianten van salbutamol. Het Zorginstituut concludeert dat niet is aangetoond dat er een medische noodzaak is voor het gebruik van Ventolin®. Dit is ook het standpunt van de apotheker. De commissie overweegt dat het op de weg van verzoeker ligt te stellen en te onderbouwen dat behandeling met het preferente geneesmiddel medisch onverantwoord is. Hierin is hij niet geslaagd. Weliswaar heeft verzoeker gesteld dat hij allerlei klachten heeft gekregen bij gebruik van een generieke variant met salbutamol, maar documentatie hierover ontbreekt. Hetzelfde geldt voor een onderbouwing van de medische noodzaak door de huisarts of de behandelend longarts. Dat zij, zoals verzoeker stelt, te druk zijn met andere verplichtingen mag zo zijn, maar dit maakt niet dat de commissie kan aannemen dat behandeling met het preferente geneesmiddel in het geval van verzoeker medisch onverantwoord is. Op het eerste recept heeft de voorschrijver enkel 'medische noodzaak' vermeld. Op het tweede recept staat ter onderbouwing "patiënt reageert niet goed op salbutamol". Deze onderbouwing is niet navolgbaar nu salbutamol ook de werkzame stof van Ventolin® is. Dit leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar terecht vergoeding van Ventolin® heeft geweigerd en het verzoek moet worden afgewezen.

*Slotsom*

- 8.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
9. **Bindend advies**
- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 augustus 2024,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

**Informatie voor partijen**

*Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.*

*Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

**BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.5

1. In bijlage 1 bij deze regeling worden genoemd:
  - a. de op grond van artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
  - b. de op grond van artikel 2.1, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen.
2. In bijlage 2 bij deze regeling worden vermeld:
  - a. categorieën van geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, waarvoor de farmaceutische zorg slechts aflevering van dat geneesmiddel omvat indien voldaan is aan de bij die categorieën vermelde criteria;
  - b. de voorwaarden waaronder en de termijn gedurende welke de farmaceutische zorg, bedoeld in de aanhef van artikel 2.8, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering de geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat.
3. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten behoren slechts tot de farmaceutische zorg indien voldaan is aan onderdeel 1 van bijlage 2 van deze regeling.
4. In bijlage 3, onderdelen A en B, bij deze regeling worden genoemd de geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een beslissing als bedoeld in artikel 2.50, vijfde lid, niet zijn aangewezen, geregistreerde geneesmiddelen ten aanzien waarvan het voornemen tot aanwijzing als bedoeld in artikel 2.50, achtste lid, niet is uitgevoerd en geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een wijziging van bijlage 1 niet meer zijn aangewezen.
5. Farmaceutische zorg, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel b, onder 1°, van het Besluit zorgverzekering, omvat geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan:
  - a. een geregistreerd UR-geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet waarover blijkens bijlage 1 en 3 bij deze regeling geen besluit over de aanwijzing, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering, is genomen;
  - b. een in bijlage 3, onderdeel A, bij deze regeling genoemd niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet, mits aan daarbij vermelde criteria wordt voldaan.



---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

### 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.

### Eigen bijdrage gebitsprothese

U heeft recht op een gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak. U betaalt hiervoor een eigen bijdrage. De eigen bijdrage geldt ook voor de kosten van het plaatsen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (mesostructuur). Een mesostructuur is de niet uitneembare constructie tussen implantaten en het kunstgebit (het kliksysteem). 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 heeft. Naast een eigen bijdrage is ook een eigen risico van toepassing.

Voor een implantaat voor een volledige gebitsprothese als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak heeft, zie artikel 32.2.

### Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, tandarts-implantoloog of tandprotheticus.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Toestemming

1. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor een conventionele (normale) gebitsprothese:
  - a. Als de totale kosten (inclusief techniekkosten) hoger zijn dan:
    - € 600 voor een boven- of onderkaak
    - € 1.200 voor een boven- en onderkaak samen
  - b. Als u uw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen
  - c. Voor de toeslag zeer ernstig geslonken kaak
2. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor:
  - a. Een gebitsprothese op implantaten
  - b. Het rebasen (opvullen) of repareren van een gebitsprothese op implantaten
  - c. Een steg of drukknoep (mesostructuur)

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

## FARMACEUTISCHE ZORG

### Artikel 35. Geneesmiddelen

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

De zorg omvat 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 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. Als een behandeling met een

voorkeursgeneesmiddel medisch niet verantwoord is, vermeldt uw arts 'medische noodzaak' op het recept. U heeft dan recht op een ander geneesmiddel.

### **Medische noodzaak**

Artsen mogen alleen 'medische noodzaak' op het recept vermelden als zij deze kunnen onderbouwen. Heeft uw apotheker vragen over de voorgeschreven medische noodzaak? Bijvoorbeeld omdat u het geneesmiddel niet eerder heeft gebruikt? Dan neemt de apotheker contact op met uw arts. De apotheker kiest op basis van de door uw arts voorgeschreven werkzame stof en de toelichting van uw arts welk geneesmiddel aan u wordt meegegeven. Als er geen sprake is van medische noodzaak geeft de apotheker u het voorkeursgeneesmiddel mee.

### **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**

De zorg omvat zelfzorgmiddelen als u deze geneesmiddelen langer dan 6 maanden moet gebruiken. U heeft alleen recht op 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**

De zorg omvat 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 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 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, omvat de zorg 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.

### **Dit is niet verzekerd:**

- 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.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

U kunt uw vordering op ons voor farmaceutische zorg zoals vermeld in dit artikel niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

### 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 antidepressiva)
- 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 contract 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 contract 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 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 anticonceptiemiddelen als u deze middelen gebruikt voor de behandeling van endometriose of menorrhagie (als er sprake is van bloedarmoede). Let op: u heeft hiervoor onze toestemming nodig. Kijk voor informatie over het aanvragen van toestemming bij punt 1 onder het kopje Toestemming van dit artikel.

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 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

Dieetpreparaten zijn polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. Dieetpreparaten maken alleen deel uit van de zorg 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 speciaalzaak ook wel een facilitair bedrijf genoemd.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.