

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202402229

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 13 december 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 7 januari 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 18 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 24 februari 2025 aan verzoeker gestuurd. Bij e-mailbericht van 5 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 6 maart 2025 aan verzoeker gestuurd. Op 12 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief aan de commissie gezonden. Een afschrift hiervan is op 18 maart 2025 van verzoeker gestuurd.
- 1.3. Op 26 maart 2025 heeft verzoeker aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Een afschrift hiervan is op 4 april 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 april 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. Op 22 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een e-mailbericht aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 23 april 2025 ter kennisname aan verzoeker gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgkeuzepolis (restitutie) (hierna: de zorgverzekering 2023) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen NS Top en NS Tandarts (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering 2023). In de periode van 1 maart 2024 tot en met 31 december 2024 was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgvariatiepolis (combinatie) (hierna: de zorgverzekering 2024) en de aanvullende ziektekostenverzekering NS 50+ (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering 2024). De

aanvullende ziektekostenverzekeringen 2023 en 2024 zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.

- 2.2. Verzoeker heeft in 2023 en 2024 geneesmiddelen afgenomen bij een apotheek in Essen, België. De nota's ter zake heeft hij op respectievelijk 10 november 2023 en 7 juni 2024 ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 2.3. Bij brieven van respectievelijk 20 november 2023 en 6 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van de geneesmiddelen worden vergoed ten laste van de zorgverzekering 2023 en 2024, onder verrekening met het verplicht eigen risico 2023 en 2024, en dat verzoeker tevens een eigen bijdrage is verschuldigd.
- 2.4. In 2023 en 2024 is verzoeker opgekomen tegen deze wijze van verrekenen. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt bij herhaling toegelicht. In een e-mailbericht van 26 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker verwezen naar SKGZ.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar bij de verrekening met het verplicht eigen risico 2023 en 2024 ten onrechte terhandstellingskosten in rekening heeft gebracht ter zake zijn in het buitenland betrokken geneesmiddelen.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker bij klachtenformulier van 11 december 2024 gesteld dat, nu de apotheek in Essen geen terhandstellingskosten berekent, deze ook niet door de ziektekostenverzekeraar mogen worden verrekend met het verplicht eigen risico.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoeker aangevoerd dat hij voorkeursgeneesmiddelen afgeleverd heeft gekregen. De kosten van voorkeursgeneesmiddelen mogen niet worden verrekend met het verplicht eigen risico. Hierover is verzoeker al enige tijd met de ziektekostenverzekeraar aan het corresponderen. Hij heeft steeds wisselende antwoorden gekregen. Van de Belgische apotheker heeft verzoeker gehoord dat terhandstellingskosten of begeleidingskosten door deze niet in rekening worden gebracht. Dit was voor hem verwarrend. Het is raar dat de ziektekostenverzekeraar dan toch terhandstellingskosten verrekent met het verplicht eigen risico. Lopende de procedure is hierover meer duidelijkheid gekomen. Het is opmerkelijk dat de wijze van verrekenen zo ondoorzichtig is. Dit is dan ook de achtergrond van het verzoek. Verzoeker handhaaft zijn verzoek ten aanzien van de terhandstellingskosten niet als dit leidt tot extra kosten aan zijn kant.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij terecht terhandstellingskosten heeft berekend. Hij heeft hiertoe bij e-mailberichten van 1 mei 2023 toegelicht dat wordt beoordeeld of een geneesmiddel voor vergoeding in aanmerking komt volgens de Nederlandse voorwaarden en tarieven. In dat geval worden ook terhandstellingskosten in de berekening betrokken. Bij e-mailbericht van 3 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat in Nederland de prijs van een geneesmiddel is opgebouwd uit de kosten van het geneesmiddel, terhandstellingskosten en BTW. Dit geldt daarom ook voor geneesmiddelen uit het buitenland. Hierbij heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de kosten van dergelijke geneesmiddelen volledig worden vergoed ten laste van de zorgverzekering en meetellen voor het eigen risico. Bij voorkeursgeneesmiddelen worden, in afwijking hiervan, alleen de terhandstellingskosten verrekend met het nog openstaande eigen risico.

4.2. Bij brief van 18 februari 2025 aan de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de aanname dat kosten zijn verwerkt die de apotheker niet in rekening heeft gebracht begrijpelijk is. Op de nota's die verzoeker van de apotheek heeft ontvangen, staan immers geen terhandstellingskosten vermeld. Dit betekent echter niet dat de Belgische apotheek geen opslag op de prijs van de geneesmiddelen toepast. Anders dan in Nederland, is het in België niet verplicht of überhaupt niet gebruikelijk dat apothekers op de declaratie de kosten, die zij voor het leveren van geneesmiddelen rekenen, specificeren. Ook in België hanteren apothekers echter een marge op de prijs van geneesmiddelen, ter compensatie van de kosten van (o.a.) de terhandstelling. Eveneens anders dan in Nederland, maakt een Belgische apotheek de hoogte van deze kosten niet inzichtelijk voor verzekerden. Op grond van artikel B.15.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering heeft verzoeker aanspraak op vergoeding van (voorkeurs)geneesmiddelen tot een bij wet vastgestelde limiet. Hetgeen hier is beschreven is gebaseerd op artikel 2.8, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering en artikel 2.39 en Bijlage 1 A van de Regeling zorgverzekering. Per groep van geneesmiddelen geldt een maximale vergoeding vanuit de zorgverzekering. Als de prijs van een geneesmiddel in die groep in de praktijk hoger is dan de vergoedingslimiet en een verzekerde kiest voor dit geneesmiddel, dan moet de verzekerde het verschil zelf betalen. Deze vergoedingslimiet geldt ook wanneer de geneesmiddelen in België bij een apotheek worden gehaald. Vanwege de vergoedingslimiet, die van toepassing is ongeacht waar de geneesmiddelen worden afgenomen, is er geen verschil in het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar voor het geneesmiddel vergoedt. Voor de hoogte van de vergoeding maakt het voor verzoeker dus niet uit of hij de geneesmiddelen in Nederland of in België haalt. Of het totaal aan kosten dat voor eigen rekening komt in Nederland en België hetzelfde is, zal afhangen van de prijs van het geneesmiddel en de overige kosten die de apotheek rekent. Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering brengt de ziektekostenverzekeraar de kosten van de terhandstelling ten laste van het eigen risico. In de voorwaarden van de zorgverzekering is in dit verband het volgende bepaald: *Voor kosten van de dienstverlening van de apotheek geldt altijd het eigen risico, ook als het een voorkeursmedicijn is. Het gaat hierbij om:*

- *de terhandstelling: samenstellen en controleren van uw medicijn als u het ophaalt of laat bezorgen;*
- *het begeleidingsgesprek: uitleg over het gebruik van uw medicijn als u een nieuw medicijn krijgt of als u een medicijn langer dan 12 maanden niet heeft gebruikt;*
- *extra kosten, bijvoorbeeld als de apotheker uw medicijn zelf moet maken of als het gaat om de levering of weekend- of avondtarief.*

De verrekening van de terhandstellingskosten heeft voor verzoeker als voordeel dat een deel van de kosten die hij hoe dan ook zelf moet betalen tot een verlaging van het eigen risico leidt. Wanneer de ziektekostenverzekeraar deze kosten niet zou verrekenen, zou verzoeker nog altijd dezelfde kosten zelf moeten betalen, maar dan zonder dat dit een verlaging van het eigen risico tot gevolg zou hebben. Omdat ook Belgische apothekers feitelijk (het Belgische equivalent van) terhandstellingskosten hanteren - maar dan zonder specificatie - past de ziektekostenverzekeraar bij de verwerking van de declaraties de terhandstellingskosten toe zoals die in Nederland worden gehanteerd.

4.3. In zijn brief van 12 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat uit navraag bij de afdeling declaratieverwerking is gebleken dat zowel de declaratie van 10 november 2023 als de declaratie van 7 juni 2024 handmatig is gecorrigeerd zodat, in het voordeel van verzoeker, een groter deel van de declaratie is vergoed (door verrekening met het eigen risico) dan waar recht op bestaat. Ter onderbouwing hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar een brief van 22 november 2023 overgelegd. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat als wordt uitgegaan van de Nederlandse (marktconforme) stuksprijs van € 0,01 de kosten voor het geneesmiddel amlodipine voor 2023 uitkomen op € 2,- (= 200 x € 0,01). Uitgaande van de Nederlandse (marktconforme) stuksprijs van € 0,24 komen de kosten voor het geneesmiddel valsartan voor 2023 uit op € 47,04. De totale kosten voor de geneesmiddelen komen daarmee op € 49,04. Dit is het maximale bedrag dat voor vergoeding in aanmerking komt. De declaratie van de apotheek bedraagt € 93,42. Dit

houdt in dat een bedrag van € 44,38 voor rekening van verzoeker zou blijven. Vanwege de handmatige correctie zijn de kosten van € 93,42 evenwel volledig vergoed. Oorspronkelijk had de ziektekostenverzekeraar echter naast de kosten voor de geneesmiddelen (die ten laste van het nog openstaande eigen risico zijn gebracht) een bedrag van € 19,88 aan terhandstellingskosten in de vergoeding meegenomen. Dit bedrag, dat in België is verdisconteerd in de stuksprijs van het geneesmiddel en - anders dan in Nederland - niet op de declaratie is gespecificeerd, zou anders voor rekening van verzoeker zijn gebleven.

- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat toewijzing van het verzoek leidt tot een voor verzoeker financieel slechtere situatie. Als de terhandstellingskosten niet als zodanig worden aangemerkt, wordt de eigen bijdrage hoger. Daarnaast wordt het eigen risico minder aangesproken. Als een verzekerde toch zorgkosten moet betalen, is het vaak voordeliger als het eigen risico snel wordt volgemaakt. In de procedure bij de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar dit alsnog verduidelijkt. Hij erkent dat het prettig was geweest als dit in een eerder stadium was gebeurd. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat terhandstellingskosten altijd ten laste van het verplicht eigen risico komen, dus ook bij voorkeursgeneesmiddelen.

Verzoeker is mogelijk in de veronderstelling dat geneesmiddelen in België goedkoper zijn, omdat daar geen terhandstellingskosten in rekening worden gebracht. De kosten van de Belgische apotheek zijn echter verrekend in de – hogere - prijs van de geneesmiddelen.

- 4.5. In zijn e-mailbericht van 22 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het geneesmiddel amlodipine 10 mg in 2023 en 2024 geen voorkeursgeneesmiddel was. Het geneesmiddel valsartan 160 mg was wel een voorkeursgeneesmiddel. Voorts vermeldt de ziektekostenverzekeraar dat zowel in 2023 als in 2024 de kosten van de twee geneesmiddelen niet ten laste van het eigen risico zijn gebracht. De terhandstellingskosten zijn wel met het verplicht eigen risico verrekend.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering 2023 en 2024.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over farmaceutische zorg en het verplicht 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. Verzoeker heeft in een andere EU-lidstaat, namelijk België, geneesmiddelen bij een apotheek afgenomen. De nota's ter zake heeft hij ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Deze heeft de vergoeding voor de geneesmiddelen én een bedrag voor terhandstellingskosten verrekend met het verplicht eigen risico 2023 en 2024. Tegen dit laatste is verzoeker aanvankelijk opgekomen.
Lopende de procedure heeft verzoeker daarnaast aandacht gevraagd voor het feit dat de kosten van voorkeursgeneesmiddelen volgens de voorwaarden van de zorgverzekering zijn uitgesloten van het verplicht eigen risico. Gelet hierop liggen thans twee vragen ter beantwoording voor:

(i) betreft het bij de aan verzoeker afgeleverde geneesmiddelen amlodipine en valsartan voorkeursgeneesmiddelen en zijn deze daarom uitgesloten van het verplicht eigen risico 2023 en 2024, en zo ja tot welk bedrag;

(ii) zijn voor de door de Belgische apotheek afgeleverde geneesmiddelen terecht terhandstellingskosten verrekend met het verplicht eigen risico 2023 en 2024?

- 6.3. Farmaceutische zorg kan worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Dit volgt uit de artikelen 2.1 en 2.8 Bzv. Hetgeen is beschreven in artikel B.15. van de voorwaarden van de zorgverzekering 2023 en op de pagina's 87 tot en met 98 van de voorwaarden van de zorgverzekering 2024 is hierop gebaseerd.

Uit de verzekeringsvoorwaarden en de polisbladen blijkt dat verzoeker in de jaren 2023 en 2024 een verplicht eigen risico had van € 385,-- per kalenderjaar. Het verplicht eigen risico geldt voor zorg en andere diensten die worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Dit volgt uit artikel A.12. van de voorwaarden van de zorgverzekering 2023 en de zorgverzekering 2024, en artikel 19 Zvw. In afwijking hiervan is in de artikelen 21 Zvw en 2.17 Bzv geregeld dat bepaalde zorg en andere diensten (deels) buiten het verplicht eigen risico kunnen vallen. In artikel B.15. van de voorwaarden van de zorgverzekering van 2023 en op de pagina's 87 tot en met 98 van de voorwaarden van de zorgverzekering van 2024 is bepaald dat de vergoeding voor geneesmiddelen die op de lijst 'Voorkeursgeneesmiddelen' staan niet wordt verrekend met het eigen risico.

- 6.4. Verzoeker heeft, als gezegd, twee Belgische nota's ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Op 10 november 2023 heeft hij een bedrag van totaal € 93,42 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor in eerste instantie een vergoeding verleend van € 66,33, waarvan een bedrag van € 46,45 de vergoedingslimiet van de geneesmiddelen amlodipine en valsartan tezamen betreft, en € 19,88 ziet op terhandstellingskosten. Deze vergoeding heeft de ziektekostenverzekeraar geheel verrekend met het verplicht eigen risico 2023. De overige kosten, te weten een bedrag van € 27,09 (€ 93,42 - € 66,33), zijn in de vorm van een eigen bijdrage voor rekening van verzoeker gekomen. Dit blijkt uit de bijlage, behorend bij de brief van 20 november 2023 van de ziektekostenverzekeraar. Op 22 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar echter een handmatige correctie uitgevoerd en is een bedrag van € 93,42 aan verzoeker overgemaakt. Hiermee behoeven de vragen onder (i) en (ii), voor zover het de nota uit 2023 betreft, geen beantwoording meer.
- 6.5. Op 7 juni 2024 heeft verzoeker een bedrag van € 141,24 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Hiervoor heeft de ziektekostenverzekeraar een vergoeding van € 82,31 verleend, waarvan een bedrag van € 61,83 de vergoedingslimiet van de geneesmiddelen amlodipine en valsartan betreft, en € 20,48 ziet op terhandstellingskosten. Deze vergoeding is geheel verrekend met het verplicht eigen risico 2024. De overige kosten, te weten een bedrag van € 58,93 (€ 141,24 - € 82,31), zijn in de vorm van een eigen bijdrage voor rekening van verzoeker gekomen. Dit blijkt uit de bijlage, behorend bij de brief van de ziektekostenverzekeraar van 6 juli 2024. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat ook in dit geval een handmatige correctie is uitgevoerd – naar de commissie begrijpt in de vorm van een betaling van € 141,24 aan verzoeker – maar hiervan ontbreekt elk bewijs, zodat de commissie voor het vervolg zal aannemen dat de hiervoor beschreven verrekening met het eigen risico 2024 in stand is gebleven. Voor de vragen onder (i) en (ii) betekent dit het volgende.
- 6.6. Ten aanzien van (i) geldt dat verzoeker zich ter zitting op het standpunt heeft gesteld dat de ziektekostenverzekeraar de vergoeding voor de geneesmiddelen amlodipine en valsartan ten onrechte heeft verrekend met het eigen risico 2024, omdat het voorkeursgeneesmiddelen betreft. Volgens de ziektekostenverzekeraar was het geneesmiddel valsartan in 2024 inderdaad een voorkeursgeneesmiddel, maar het geneesmiddel amlodipine niet.

De commissie overweegt dat uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde lijst 'Voorkeursgeneesmiddelen' blijkt dat het geneesmiddel valsartan in 2024 op deze lijst stond en dus een voorkeursgeneesmiddel betrof. Dit geldt niet voor het geneesmiddel amlodipine. In artikel B.15.1. van de verzekeringsvoorwaarden is bepaald dat voorkeursmedicijnen, genoemd op de lijst 'Voorkeursgeneesmiddelen', niet worden verrekend met het eigen risico. Zoals blijkt uit hetgeen onder 6.5. is overwogen, is dit wel gebeurd voor het voorkeursmedicijn valsartan. Het eigen risico 2024 dient om die reden te worden gecorrigeerd op basis van het bedrag van de vergoedingslimiet voor dit geneesmiddel. Anders is dit voor het niet-voorkeursmedicijn amlodipine, waarvan de kosten terecht zijn verrekend.

Volledigheidshalve merkt de commissie hierbij op dat de correctie van het eigen risico 2024 achterwege kan blijven indien mocht blijken dat de ziektekostenverzekeraar, naar aanleiding van de handmatige correctie, het volledige notabedrag van € 141,24 al aan verzoeker heeft voldaan.

- 6.7. Eveneens voor zover het 2024 betreft, stelt de commissie met betrekking tot (ii) vast dat in artikel 2.1, eerste lid, Bzv is bepaald dat de terhandstellingskosten en advisering en begeleiding, zoals in dat artikel omschreven, deel uitmaken van de verzekerde prestatie 'farmaceutische zorg'.

Uit de door verzoeker op 7 juni 2024 ter declaratie ingediende nota blijkt niet dat door de Belgische apotheker terhandstellingskosten zijn berekend. Desondanks heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag ter zake van € 20,48 verrekend met het eigen risico 2024. Deze wijze van berekenen door de ziektekostenverzekeraar heeft tot gevolg dat verzoeker feitelijk een hogere vergoeding ten laste van de zorgverzekering ontvangt. Indien namelijk zijn stelling wordt gevolgd dat de terhandstellingskosten buiten beschouwing moeten worden gelaten, komt alleen het onder 6.6. genoemde bedrag van € 61,83 voor vergoeding – onderscheidenlijk verrekening met het verplicht eigen risico - in aanmerking.

Hierbij is van belang dat in het Vergoedingsoverzicht van de zorgverzekering van 2024 is bepaald dat voor geneesmiddelen uit het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) een wettelijke eigen bijdrage kan gelden met een maximum van € 250,- per kalenderjaar. Het achterwege laten van de verrekening van de terhandstellingskosten met het verplicht eigen risico 2024 betekent niet alleen dat het eigen risico in dat jaar minder snel wordt vol gemaakt, maar zal tevens tot gevolg hebben dat de eigen bijdrage van € 58,93 met € 20,48 moet worden verhoogd. In hoeverre dit voor verzoeker ongunstig uitpakt valt niet te zeggen, aangezien dit afhankelijk is van zijn verdere zorgconsumptie. Bij een hoge zorgconsumptie zal het sneller vol maken van het verplicht eigen risico ertoe leiden dat eerder zorgkosten worden vergoed. Anderzijds kan iemand die de maximale wettelijke eigen bijdrage moet betalen er belang bij hebben dat de grens van € 250,- wordt bereikt. Verzoeker heeft niet gesteld dat dit laatste bij hem speelt. De commissie neemt daarom aan dat bij een correctie er geen financiële gevolgen voor verzoeker zijn – omdat het verplicht eigen risico 2024 met een zelfde bedrag wordt verlaagd als de eigen bijdrage wordt verhoogd - dan wel dat de verlaging van het verplicht eigen risico ertoe leidt dat voor hem een financieel nadeel ontstaat, omdat ter zake van reeds vergoede zorgkosten boven € 385,- een bedrag van € 20,48 door verzoeker moet worden terugbetaald. Gelet hierop en gegeven het voorbehoud dat verzoeker ter zitting heeft gemaakt, zal de commissie het onderdeel van het verzoek over de verrekening van de terhandstellingskosten met het verplicht eigen risico 2024 laten rusten.

- 6.8. Gelet op het voorgaande ziet de commissie aanleiding om te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

Slotsom

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- de ziektekostenverzekeraar ten onrechte het bedrag van de vergoedingslimiet voor het voorkeursgeneesmiddel valsartan heeft verrekend met het eigen risico van 2024 en dat hij gehouden is dit te corrigeren, althans voor zover nog geen correctie in de vorm van een betaling van € 141,24 aan verzoeker heeft plaatsgevonden;
- de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

Zeist, 4 juli 2025,

H.A.J. Kroon

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 er 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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige 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 19

1. Iedere verzekerde van achttien jaar of ouder heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar.
2. Het bedrag, genoemd in het eerste lid, wordt jaarlijks geïndexeerd overeenkomstig het verschil in geraamde uitgaven voor de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, tussen het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking zal hebben en vergelijkbare uitgaven voor het jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar.
3. Indien het geïndexeerde bedrag naar beneden afgerond € 5 of een veelvoud daarvan verschilt van het in het eerste lid genoemde bedrag, wordt dit bedrag bij ministeriële regeling gewijzigd, waarna het in die regeling genoemde bedrag in de plaats treedt van het in het eerste lid genoemde bedrag.
4. Rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten worden slechts op het verplicht eigen risico in mindering gebracht, indien deze door de zorgverzekeraar zijn ontvangen voor een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dag van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, tenzij het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor die dag is ingediend.
5. In afwijking van het vierde lid is de zorgverzekeraar gerechtigd het verplicht eigen risico in rekening te brengen indien het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor de bij algemene maatregel van bestuur bepaalde dag is ingediend.
6. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald op welke wijze het verplicht eigen risico in mindering wordt gebracht.
7. Het tweede en derde lid blijven buiten toepassing voor de jaren 2019 tot en met 2025.

Artikel 21

1. Het percentage van de kosten van zorg of overige diensten dat ten laste gaat van het verplicht eigen risico, wordt bij algemene maatregel van bestuur vastgesteld.
2. In afwijking van het eerste lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvoor de kosten geheel, gedeeltelijk of in het geheel niet onder het verplicht eigen risico vallen.
3. In afwijking van het eerste lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvan de zorgverzekeraar, onder bij die maatregel te bepalen voorwaarden, kan bepalen dat de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen.
4. De zorgverzekeraar kan vormen van zorg of overige diensten aanwijzen waarvan de kosten niet onder het vrijwillig eigen risico vallen, met dien verstande dat bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten kunnen worden aangewezen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het vrijwillig eigen risico vallen.

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

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

Uit de behandelhistorie moet blijken dat het ongeval voor het 18e jaar is vastgesteld en het resterende worteldeel of de teruggeplaatste fronttand moet voor het 23e jaar worden verwijderd, direct voorafgaand aan het plaatsen van een implantaat;

- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts of tandprotheticus meer dan € 650,- per kaak bedragen;
- de volledige boven- en/of onderprothese (al dan niet op tandheelkundige implantaten) binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Dit geldt niet voor de tijdelijke volledige gebitsprothese en de uitbreiding gedeeltelijke gebitsprothese van kunsthars of frame gebitsprothese met element(en) tot volledige gebitsprothese.

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan moet u ook vooraf bij ons een akkoordverklaring hebben aangevraagd als:

- het gaat om het vaste gedeelte van de suprastructuur (voor bevestiging van de uitneembare prothese op implantaten) en de uitneembare prothese (het klikgebit). Daarbij geldt dat u een ernstig geslonken tandeloze kaak heeft.
- het gaat om reparatie en/of rebasing van een uitneembare prothese op implantaten (het klikgebit).
- het gaat om reparatie of vervanging van het vaste gedeelte van de suprastructuur op de implantaten en/of het deel van de suprastructuur in de prothese.

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

Tarieven

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

B.15. Medicijnen

B.15.1. Medicijnen algemeen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

De lijst Medicijnen van bijlage 2 Regeling zorgverzekering en de Lijst voorkeursgeneesmiddelen kunt u vinden op onze website of telefonisch bij ons opvragen.

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

B.15.1.a. Medicijnen algemeen

De minister van VWS bepaalt welke farmaceutische zorg en medicijnen onder welke voorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. Deze minister heeft het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) opgesteld. Dat is een lijst met alle geregistreerde medicijnen (bijlage 1) en geregistreerde medicijnen met nadere voorwaarden (bijlage 2) waar u voor verzekerd bent. Bijlagen 1 en 2 vindt u op wetten.overheid.nl in de Regeling zorgverzekering.

In het GVS is geregeld of een medicijn volledig vergoed wordt of dat er een wettelijke eigen bijdrage voor geldt. Zorgverzekeraars kunnen op grond van de wet aanvullende randvoorwaarden stellen aan de vergoeding van farmaceutische zorg en geneesmiddelen.

B.15.1.b. Medicijnen uit bijlage 1

Het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) bestaat uit bijlage 1 en 2. In bijlage 1 komen onderling vervangbare en niet onderling vervangbare medicijnen voor.

Onderling vervangbare medicijnen

Dit zijn medicijnen die:

- op dezelfde manier worden toegediend; en
- bij dezelfde soort indicatie worden ingezet; en
- voor mensen uit dezelfde leeftijdscategorie zijn bedoeld.

Een arts kan voor u kiezen uit twee of meer onderling vervangbare medicijnen. De overheid heeft voor elke groep van onderling vervangbare medicijnen een maximum vergoeding vastgesteld. Is uw voorgeschreven middel uit die groep duurder? Dan moet u de meerprijs als 'eigen bijdrage' zelf betalen.

Voorkeursgeneesmiddelen

Binnen een groep onderling vervangbare medicijnen, kunnen wij op basis van de laagste prijs één of meerdere middelen aanwijzen als voorkeursgeneesmiddel. We noemen dit artikelpreferentie. U bent dan binnen deze groep alleen verzekerd voor dat voorkeursgeneesmiddel. Een voorkeursgeneesmiddel wordt niet verrekend met het eigen risico.

De werkzame stof in een medicijn bepaalt de werking van een medicijn. Vaak zijn er meerdere medicijnen met dezelfde werkzame stof. Deze medicijnen hebben een andere prijs, maar dezelfde werking. Er is altijd minstens één medicijn met de voorgeschreven werkzame stof beschikbaar voor u.

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

Voor medicijnen waar we geen voorkeursmedicijn voor aanwijzen, die dus niet op onze Lijst voorkeursgeneesmiddelen staan, vergoeden we de prijs die niet meer dan 5% afwijkt van de laagste marktprijs. Het gaat om de marktprijs die op dat moment geldt binnen een groep onderling vervangbare medicijnen. Wij noemen dit de Laagste Prijs Garantie (LPG). Dit is onderdeel van doelmatige zorg.

Het kan voorkomen dat u andere bijwerkingen heeft van of een intolerantie heeft voor hetzelfde medicijn, maar dan van een andere fabrikant. Dit kan komen door bijvoorbeeld bepaalde hulpstoffen zoals kleurstoffen of vulmiddelen. Deze bijwerkingen kunnen na een paar dagen over gaan. Als na gebruik van 15 dagen de onacceptabele bijwerkingen niet over zijn, moet u contact opnemen met uw apotheker. Uw apotheker onderzoekt eventueel samen met uw arts, of het voorkeursgeneesmiddel voor u misschien niet geschikt is vanwege onacceptabele bijwerkingen.

Uw apotheker bepaalt samen met uw arts of het nodig is dat u een ander medicijn uit het GVS gebruikt dan een voorkeursgeneesmiddel. U heeft dan recht op dat andere medicijn met dezelfde werkzame stof, geschikte sterkte en manier van toedienen. Dit is meestal niet het originele merkmedicijn. Dit andere medicijn mag niet onnodig

duur zijn.

Als uw arts van vindt dat behandeling met een door ons aangewezen geneesmiddel (via voorkeursbeleid of via LPG) medisch niet verantwoord is, dan kan hij dat op het recept aangeven met Medische Noodzaak. Wij verwachten van uw apotheker dat die het recept met Medische Noodzaak zorgvuldig toetst. Op grond van artikel 2.8 lid 4 van het Besluit zorgverzekering heeft u dan recht op vergoeding van het medicijn dat door uw arts voorgeschreven is.

Niet onderling vervangbare medicijnen

Dit zijn bijlage 1B medicijnen (niet geclusterde medicijnen op basis van therapeutische vergelijkbaarheid). Ze hebben andere eigenschappen dan de onderling vervangbare medicijnen. De werking en de indicatie waarbij het middel wordt gebruikt zijn bijvoorbeeld anders. Deze medicijnen hebben geen eigen bijdrage en vergoeden wij volledig.

B.15.1.c. Medicijnen uit bijlage 2 en niet-geregistreerde medicijnen

Soms worden er door de minister van VWS nadere voorwaarden gesteld aan een medicijn. Bijvoorbeeld met betrekking tot de indicatie. Dit geldt voor de geregistreerde medicijnen met nadere voorwaarden (bijlage 2) en voor de niet-geregistreerde medicijnen.

Deze Bijlage 2-medicijnen en voorwaarden staan in de Regeling zorgverzekering (Rzv) en worden regelmatig door de minister van VWS gewijzigd. U kunt de actuele Bijlage 2 vinden op internet: www.wetten.overheid.nl (u zoekt via zoekvenster: Regeling zorgverzekering, u klikt deze aan en ziet links onderaan Hoofdstuk 8 Bijlage 2).

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

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Sommige medicijnen worden door de GVS-li-miet niet volledig vergoed. Het niet vergoede deel is de wettelijke eigen bijdrage. U heeft een wettelijke eigen bijdrage van maximaal € 250,- per jaar.

Voorbeeld:

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

Voorbeeld van herberekening:

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

- 2023 heeft 365 dagen. 1 Januari tot en met 1 maart 2023 heeft 60 dagen
- € 250,- : 365 = € 0,6849 eigen bijdrage per dag
- € 0,6849 x 60 dagen = € 41,09. Dit bedrag ronden wij af. Uw eigen bijdrage van 1 januari tot en met 1 maart is dus € 41,-.
- U heeft al € 50,- betaald. € 50,- minus € 41,- = € 9,-. U krijgt dus van ons € 9,- terug.

• De zorg omvat niet:

1. alternatieve (homeopathische en antroposofische) medicijnen;
2. medicijnen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland;
3. medicijnen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd medicijn dat niet in het GVS is opgenomen, behalve als bij ministeriële regeling anders is bepaald. Zie artikel B.15.4.;
4. zelfzorgmedicijnen en intramurale medicijnen, voor zover zij volgens de Regeling zorgverzekering niet onder uw zorgverzekering vallen. Bevochtigende oogdruppels (kunsttranen) zijn opgenomen in artikel B.17.11. van het reglement Hulpmiddelen;
5. medicijnen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
6. medicijnen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onder f van de Geneesmiddelenwet;
7. medicijnen die op een andere manier gefinancierd worden, bijvoorbeeld vanuit een volksverzekering of overheidsfinanciering of die onder een subsidie(regeling) vallen;
8. een medicijn waarvoor wij geen voorkeur hebben terwijl we voor dat medicijn wel een voorkeursbeleid hanteren;
9. medicijnen die voor andere indicaties gebruikt worden dan vermeld in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Dit geldt ook als niet aan de extra voorwaarden wordt

voldaan. Zie de toelichting in dit artikel onder Voorwaarden, Akkoordverklaring;

10. verzorgingsproducten en cosmetische producten zoals tandpasta's, zepen, desinfectiemiddelen, shampoos, badoliën, balsems, lotions, haargroeimiddelen, mondspoelmiddelen, zonnebrandartikelen;
11. bijkomende kosten zoals administratie-, import- en/of verzendkosten;
12. vitamines en voedingssupplementen;
13. medicijnen waarbij na falen van de (aan hulp- of verbruiksartikel gerelateerde) toedieningsvorm een beroep gedaan kan worden op fabrieksgarantie of andere tegemoetkomingregelingen;
14. niet-geregistreerde medicijnen waaronder niet-geregistreerde allergenen. Een apothekerbereiding of een medicijn dat wel geregistreerd is in het buitenland kan onder bepaalde voorwaarden wel voor vergoeding in aanmerking komen;
15. medicijnen die zijn voorgeschreven door een alternatief arts, of andere zorgverleners die niet in dit artikel worden genoemd.
16. Esketamine neusspray; dit valt onder artikel B.19. Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Let op!

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

B.15.1.d. Leveren van medicijnen en advisering

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

Voor de levering van medicijnen gelden de volgende regels:

- Levering mag uitsluitend aan de verzekerde voor wie het medicijn is bestemd, zijn verzorger, of de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de toediening;
- Als een medicijn voor een langere periode is voorgeschreven, zijn deeleveringen bijvoorbeeld per twee, drie of vier weken mogelijk. Dit geldt alleen als daarvoor een aantoonbaar medische noodzaak is. Dit heet een geïndividualiseerde distributievorm (gdv): een medicatiezakje waarin een of meer medicijnen zitten die op een bepaald moment van de dag ingenomen moeten worden. Deze zakjes zitten aan elkaar op een rol.

De bijbehorende advisering omvat ten minste:

- het begeleidingsgesprek bij een nieuw medicijn (1^e uitgifte) of - als u een medicijn langer dan 12 maanden niet gebruikt heeft - een extra begeleiding bij een 2^e uitgifte van een medicijn;
- uitleg als u een medicijn gebruikt waarvoor ook een hulpmiddel nodig is;
- farmaceutische begeleiding bij poliklinisch bezoek, ziekenhuisopname of -ontslag.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg wordt niet verrekend met het eigen risico als het gaat om:
 - voorkeursmedicijnen. Onze voorkeursmedicijnen staan op de "Lijst voorkeursgeneesmiddelen" op onze website
 - levering van en advisering over medicijnen of nicotinevervangende middelen als onderdeel van een Stoppen-met-roken (SMR)-programma en als deze zijn voorgeschreven door een gecontracteerde zorgverlener SMR;
- In alle andere situaties wordt de zorg wel verrekend met het eigen risico.

Onder deze zorg valt niet:

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

Voorwaarden

Voorkeursmedicijnen

Zorgverlener

De medicijnen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Dit mag ook in het buitenland zijn. Hierbij geldt dat:

- de werkzame stof, dosering en toedieningsvorm van het medicijn moet zijn opgenomen in het Nederlandse GVS;
- de vergoeding plaatsvindt volgens de vergoedingslimiet die in Nederland geregeld is;
- de verdere voorwaarden gelden zoals benoemd in dit artikel (B.15.1.) Medicijnen uit het buitenland

Rekeningen van medicijnen die in het buitenland zijn gekocht moeten leesbaar en volledig zijn. Staat de naam van het medicijn, de hoeveelheid, de sterkte en de toedieningsvorm niet volledig op de rekening? Stuur dan de bijsluiter, het doosje en/of etiketten ook op (mag ook een foto zijn), samen met de rekening.

Behandelvoorstel

Algemeen

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

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

Voor welke periode mag een medicijn worden geleverd?

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

- 15 dagen of de kleinste handverpakking voor een medicijn dat nieuw voor u is;
- 15 dagen voor een medicijn ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie;
- 30 dagen voor slaapmiddelen (hypnotica) en voor medicijnen die angst en onrust verminderen (anxiolytica);
- maximaal 30 dagen voor medicijnen die zijn opgenomen in de Opiumwet met uitzondering van de ADHD middelen. Hiervoor geldt een maximale aflevertermijn van 3 maanden;
- 3 maanden voor medicijnen voor de behandeling van een chronische ziekte, of tot 12 maanden als wij hierover afspraken hebben gemaakt met de apotheek;
- 12 maanden voor "de pil" (orale anticonceptiemiddelen);
- 1 maand voor medicijnen die per maand meer

dan € 1.000,- kosten. Als u na een aaneengesloten periode van 6 maanden goed ingesteld bent, mogen deze dure medicijnen per 3 maanden geleverd worden.

Als een medicijn in meerdere groepen valt, geldt de kortste periode.

Geen herhaalrecept

Voor:

- "de pil" (orale anticonceptiemiddelen) en
- insuline voor de behandeling van suikerziekte ("diabetes mellitus")

geldt geen maximale geldigheidsduur per recept. Deze medicijnen hoeft u maar 1x voorgeschreven te krijgen en vervolgens is er geen herhaalrecept nodig. Onder uw zorgverzekering valt per jaar niet meer dan voor het gebruik tijdens 12 maanden noodzakelijk is. Als het middel, de sterkte en/of het gebruik van het middel verandert, heeft u wel een nieuw recept nodig.

Akkoordverklaring

- Sommige medicijnen (werkzame bestanddelen) uit Bijlage 2 moeten door ons beoordeeld worden. U vindt u deze op onze internetsite. Alle actuele informatie over de toetsing en beoordeling vindt u op www.znformulieren.nl. Daar staan ook de medicijnen die door de apotheek beoordeeld moeten worden.
- Voor veel Bijlage 2 medicijnen kan uw behandelend arts een artsenverklaring vullen. Uw apotheek beoordeelt dan of u recht heeft op vergoeding.

Heeft u een aandoening die niet op de artsenverklaring staat vermeld of niet voldoet aan de overige voorwaarden, maar komt het medicijn wel voor in de tabel van Bijlage 2 op de site van ZN formulieren? Dan kan de behandelend arts een gemotiveerde aanvraag bij ons indienen met daarin in ieder geval de volgende gegevens:

- de ingevulde artsenverklaring, ook al voldoet u niet aan de voorwaarden;
- de medische indicatie waarvoor het medicijn wordt voorgeschreven;
- hoe vaak deze aandoening voorkomt in Nederland;
- welke andere medicijnen hiervoor zijn gebruikt en met welk resultaat;
- op basis van welke wetenschappelijke literatuur gekozen wordt voor dit medicijn.

Wij beoordelen dan of u misschien toch recht heeft op vergoeding van het middel. U krijgt hier schriftelijk bericht van.

Let op!

- Een aanvraag voor vergoeding indienen is geen garantie dat wij een akkoordverklaring afgeven.
- Als wij u een akkoordverklaring geven dan is er vergoeding mogelijk vanaf de datum dat wij aanvraag hebben ontvangen. Het is dus belangrijk dat de akkoordverklaring wordt aangevraagd voordat u met de medicijnen begint.
- Wilt u niet dat de beoordeling door uw apotheker of leverancier gebeurt, dan kunt u, met vermelding van uw bezwaar, de verklaring van uw voorschrijver rechtstreeks naar onze afdeling Medische Beoordelingen sturen.

Uit het buitenland ingevoerde, niet in Nederland geregistreerde medicijnen

In artikel 2.8 lid 1 onder b van het Besluit zorgverzekering staan de voorwaarden voor deze medicijnen:

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

De voorschrijver moet vooraf een akkoordverklaring bij ons aanvragen zodat wij kunnen toetsen of aan deze voorwaarden wordt voldaan.

Tarieven

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

B.15.2. Medicatiebeoordeling bij chronisch medicijngebruik

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat minimaal 1x per 12 maanden een medisch en farmaceutisch noodzakelijke, periodieke evaluatie bij meervoudig chronisch medicijngebruik, een zogenaamde medicatiebeoordeling.

Afhankelijk van de afspraken die wij met uw apotheek hebben gemaakt, bent u ook verzekerd voor 'Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroep' en de facultatieve prestaties farmaceutische zorg conform de NZa beleidsregel:

- Therapietrouwverbetering bij patiënten met astma/COPD;
- Medicatieoptimalisatie en begeleiding bij

- patiënten met complexe farmaceutische zorg;
- Begeleidingsgesprek chronische UR (Uitsluitend Recept)-medicijnen;
- Begeleidingsgesprek Astma en/of COPD-medicijnen.

Let op!

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

Voorwaarden

Algemeen

1. U gebruikt meerdere medicijnen chronisch; en
2. Een medicatiebeoordeling gebeurt in samenspraak met u, uw behandelend arts en de overige betrokken zorgverleners; en
3. Er moet sprake zijn van een farmaceutische noodzaak; en
4. Voor de uitvoering van een medicatiebeoordeling dient de zorgverlener de geldende Prestatiebeschrijving en de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen te volgen; en

Een medicatiebeoordeling heeft betrekking op medicijnen die voldoen aan de voorwaarden die wij beschreven hebben in artikel B.15.1. van de Verzekeringsvoorwaarden. Als u daarnaast ook medicijnen gebruikt die niet aan deze voorwaarden voldoen, moeten die inhoudelijk wel worden meegenomen in uw medicatiebeoordeling.

Zorgverlener

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

Behandelaarsadvies

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

Akkoordverklaring

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

Tarieven

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

B.15.3. Vervallen

B.15.4. medicijnen die de apothek zelf maakt

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat medicijnen die door of in opdracht van een apotheker op individueel recept zijn gemaakt (magistrale bereidingen). Het medicijn moet speciaal voor u worden gemaakt. Dit heet een (magistrale) bereiding.

Wat is het verschil tussen een magistrale bereiding en een 'doorgeleverde bereiding'?

Een (magistrale) bereiding is een medicijn dat de apothek speciaal voor u maakt. Bijvoorbeeld omdat de sterkte of vorm van een bestaand medicijn niet geschikt is voor u. Een bereiding is een niet-geregistreerd medicijn.

Als uw apothek het medicijn niet zelf maakt, maar het door een andere apothek laat maken, noemen wij dit een "doorgeleverde bereiding". Het medicijn wordt dan niet door de apothek die het maakt aan u geleverd. Een doorgeleverde bereiding mag alleen geleverd worden als er geen adequaat geregistreerd geneesmiddel beschikbaar is en als voldaan is aan de overige eisen die de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd heeft gesteld.

Wanneer krijgt u een bereiding vergoed?

Volgens het Besluit zorgverzekering is vergoeding van een magistrale bereiding mogelijk als er sprake is van rationele farmacotherapie. Dit betekent dat de bereiding:

- een voor de patiënt geschikte vorm moet hebben. Bijvoorbeeld een drankje voor een kind dat nog geen tablet kan doorslikken;
- bewezen werkzaam en effectief is. Dit betekent dat er voldoende wetenschappelijk onderzoek naar het medicijn is gedaan, dat het werkt tegen de klacht of ziekte en dat de werkzaamheid en effectiviteit wetenschappelijk zijn aangetoond;
- het voordeligst en meest economisch moet zijn voor de zorgverzekering. Het is bijvoorbeeld niet duurder dan vergelijkbare medicijnen die net zo goed of beter werken.

Wanneer krijgt u een bereiding niet vergoed?

Wordt niet aan bovenstaande voorwaarden voldaan? Dan krijgt u de bereiding niet vergoed. Een bereiding wordt ook niet vergoed als er sprake is van:

- een bereiding die (bijna) hetzelfde is als een 'gewoon' geregistreerd medicijn dat niet wordt vergoed. Bijvoorbeeld: paracetamol 500mg tabletten tegen pijn en koorts. Deze zijn niet opgenomen in het GVS (zie artikel B.15.1 van de

- Behandeling van taalontwikkelingsstoornis en/of articulatieprobleem in verband met anderstaligheid en dialect.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Medicijnen

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Medicijnen uit het GVS (artikel B.15.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Medicijnen die zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS).
Het gaat om het leveren van de medicijnen en de advisering en begeleiding die daarbij hoort. De minister van VWS bepaalt welke farmaceutische zorg en medicijnen voor vergoeding in aanmerking komen en welke voorwaarden er gelden. Deze minister heeft het GVS opgesteld. In het GVS is geregeld of een medicijn volledig vergoed wordt of dat er een wettelijke eigen bijdrage voor geldt. De zorgverzekeraar mag randvoorwaarden stellen aan de zorg.
Het GVS bestaat uit geregistreerde medicijnen uit bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering:
 - Bijlage 1A en 1B van het GVS: Bijlage 1A zijn geregistreerde medicijnen die onderling vervangbaar zijn, en bijlage 1B zijn geregistreerde medicijnen die niet onderling vervangbaar zijn.
Onderling vervangbare medicijnen zijn medicijnen die
 - op dezelfde manier worden toegediend; en
 - bij soortgelijke indicatie worden ingezet; en
 - in het algemeen voor mensen uit dezelfde leeftijdscategorie zijn bedoeld.

Niet onderling vervangbare medicijnen hebben andere eigenschappen. De werking en de indicatie waarbij u het middel gebruikt zijn bijvoorbeeld anders. Deze medicijnen hebben geen eigen bijdrage.

- Bijlage 2 van het GVS zijn geregistreerde medicijnen met nadere voorwaarden. Bijvoorbeeld voor de indicatie. Deze Bijlage 2-medicijnen en voorwaarden wijzigt de minister van VWS regelmatig.
Alle actuele informatie over de toetsing en beoordeling vindt u op www.znformulieren.nl
Bijlagen 1 en 2 vindt u op wetten.overheid.nl in de Regeling zorgverzekering. (zoek in de titel op 'Regeling zorgverzekering', klik deze regeling vervolgens aan en scroll dan links onder hoofdstuk 8 naar bijlage 1 of 2).
- Er bestaat ook een bijlage 3. Dat zijn magistrale bereidingen. Deze zijn beschreven in het artikel 'Medicijnen die de apotheek zelf maakt'.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor medicijnen uit het GVS.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage van maximaal € 250.

Voorbeeld berekening eigen bijdrage.

Sommige medicijnen worden door de GVS-limiet niet volledig vergoed. Het niet vergoede deel is de wettelijke eigen bijdrage.

Uw medicijn kost bijvoorbeeld € 100,- waarvan € 25,- een eigen bijdrage is. De overige € 75,- wordt verrekend met uw eigen risico. Als u het medicijn vaker nodig heeft (en u geen andere medicijnen met een eigen bijdrage gebruikt), heeft u in totaal maximaal 10 keer deze eigen bijdrage:
 $10 \times € 25,- = € 250,-$. Na 10 keer in één jaar worden de volledige kosten van het medicijn (€ 100,-) verrekend met een eventueel nog openstaand eigen risico.

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

Voorbeeld van herberekening:

- U bent op 1 januari bij ons verzekerd en uw verzekering eindigt op 1 maart. In die periode heeft u in totaal € 50,- aan eigen bijdragen GVS- medicijnen betaald.
- Een jaar heeft 365 dagen. 1 januari tot en met 1 maart heeft 61 dagen
- $€ 250,- : 365 = € 0,6849$ eigen bijdrage per dag
- $€ 0,6849 \times 61 \text{ dagen} = € 41,78$. Dit bedrag ronden wij af. Uw eigen bijdrage van 1 januari tot en met 1 maart is dus € 42,-.
- U heeft al € 50,- betaald. $€ 50,- \text{ minus } € 42,- = € 8,-$. U krijgt dus van ons € 8,- terug.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.
- U betaalt geen eigen risico voor een voorkeursmedicijn waarvan de werkzame stof, het merk en het Z-index nummer op onze Lijst Voorkeursgeneesmiddelen staan.
- U betaalt geen eigen risico als het gaat om middelen bij een Stoppen-met-roken programma; zie artikel 'Stoppen-met-roken'

Wat zijn de voorwaarden?

- Er geldt een maximale vergoeding voor elke groep van onderling vervangbare medicijnen (bijlage 1A).

Een arts kan voor u kiezen uit twee of meer onderling vervangbare medicijnen. De overheid heeft voor elke groep van onderling vervangbare medicijnen een maximum vergoeding vastgesteld. Is uw voorgeschreven middel uit die groep duurder? Dan moet u de meerprijs als 'eigen bijdrage' zelf betalen.

- Binnen de groep van onderling vervangbare medicijnen (bijlage 1A) bent u alleen verzekerd voor voorkeursgeneesmiddelen.

Binnen de groep onderling vervangbare medicijnen uit het GVS (bijlage 1A), wijzen wij op basis van de beste prijs één of meerdere geneesmiddelen aan als voorkeursgeneesmiddel. U bent dan binnen deze groep alleen verzekerd voor dat voorkeursgeneesmiddel.

De werkzame stof in een medicijn bepaalt de werking van een medicijn. Vaak zijn er meerdere medicijnen met dezelfde werkzame stof. Deze medicijnen hebben een andere prijs, maar dezelfde werking. Er is altijd minstens één medicijn met de voorgeschreven werkzame stof beschikbaar voor u. Onze voorkeursmedicijnen staan op de 'Lijst Voorkeursgeneesmiddelen' op onze website. Wij kunnen deze lijst tussentijds aanpassen. Als wij dit doen plaatsen wij een bericht op onze website.

- Het voorkeursbeleid geldt ook als u in Nederland woont maar uw medicijnen liever in het buitenland koopt, bijvoorbeeld omdat u in de grensstreek woont.

- Vergoeding van een ander middel dan een voorkeursgeneesmiddel kan alleen als dat medisch noodzakelijk is.
 Als uw arts vindt dat behandeling met een door ons aangewezen geneesmiddel (van de 'Lijst Voorkeursgeneesmiddelen') medisch niet verantwoord is, kan hij dat op het recept aangeven met 'Medische Noodzaak'.
 U kunt andere bijwerkingen hebben van, of een intolerantie hebben voor het zelfde medicijn, maar dan van een andere fabrikant. Dit kan komen door bijvoorbeeld bepaalde hulpstoffen zoals kleurstoffen of vulmiddelen. Deze bijwerkingen kunnen na een paar dagen over gaan. Als na gebruik van 15 dagen de onacceptabele bijwerkingen niet over zijn, moet u contact opnemen met uw apotheker. Uw apotheker onderzoekt eventueel samen met uw arts, of het voorkeursgeneesmiddel voor u misschien niet geschikt is vanwege onacceptabele bijwerkingen.
 Uw arts bepaalt of het nodig is dat u een ander medicijn uit het GVS gebruikt dan een voorkeursgeneesmiddel. U heeft dan recht op een ander medicijn met dezelfde werkzame stof, geschikte sterkte en manier van toedienen, dat niet onnodig duur mag zijn. Dit is meestal niet het originele merkmedicijn.
 Uw apotheker toetst wel het recept met Medische Noodzaak. Op grond van artikel 2.8 lid 4 van het Besluit zorgverzekering heeft u dan recht op vergoeding van het medicijn dat door uw arts voorgeschreven is.
- Levering van medicijnen mag uitsluitend aan de verzekerde voor wie ze zijn bestemd.
 Dit mag ook zijn verzorger zijn, of de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de toediening.
- Algemene advisering en begeleiding maakt onderdeel uit van de levering van uw medicijn.
 Het gaat hierbij ten minste om:
 - het begeleidingsgesprek bij een nieuw medicijn (eerste uitgifte) of een extra begeleiding als u een medicijn langer dan 12 maanden niet gebruikt heeft;
 - uitleg als u een medicijn gebruikt waarvoor ook een hulpmiddel nodig is;
 - farmaceutische begeleiding bij poliklinisch bezoek, ziekenhuisopname of -ontslag.
- Voor kosten van de dienstverlening van de apotheek geldt altijd eigen risico, ook als het een voorkeursmedicijn is.
 Het gaat hierbij om:
 - de terhandstelling: samenstellen en controleren van uw medicijn als u het ophaalt of laat bezorgen;
 - het begeleidingsgesprek: uitleg over het gebruik van uw medicijn als u een nieuw medicijn krijgt of als u een medicijn langer dan 12 maanden niet heeft gebruikt;
 - extra kosten, bijvoorbeeld als de apotheker uw medicijn zelf moet maken of als het gaat om deellevering of weekend- of avondtarief.
- Wat als uw voorkeursmedicijn niet leverbaar is?
 Dan zorgt uw apotheek ervoor dat u een ander medicijn met dezelfde werkzame stof krijgt. U betaalt voor dit medicijn wel eigen risico.
- Medicijnen moeten worden geleverd op recept (behandelvoorstel) voor een bepaalde periode.
 Een recept geldt voor een bepaalde periode die per medicijn(groep) anders kan zijn. Als een medicijn in meerdere groepen valt, geldt de kortste periode.
 De leveringsperiodes die per recept (behandelvoorstel) gelden, zijn:
 - 15 dagen of de kleinste verpakking voor een medicijn dat nieuw voor u is;
 - 15 dagen voor een medicijn ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie;
 - 30 dagen voor slaapmiddelen (hypnotica) en voor medicijnen die angst en onrust verminderen (anxiolytica);
 - maximaal 30 dagen voor medicijnen die zijn opgenomen in de Opiumwet met uitzondering van de ADHD middelen. Hiervoor geldt een maximale aflevertermijn van 3 maanden;
 - 3 maanden voor medicijnen voor de behandeling van een chronische ziekte, of tot 12 maanden als wij hierover afspraken hebben gemaakt met de apotheek;
 - 12 maanden voor "de pil" (orale anticonceptiemiddelen);
 - 1 maand voor medicijnen die per maand meer dan € 1.000,- kosten. Als u na een aaneengesloten periode van 6 maanden goed ingesteld bent, mogen deze dure medicijnen per 3 maanden geleverd worden.

- Deellevering per twee, drie of vier weken is mogelijk bij aantoonbare medische noodzaak. Dit kan dan alleen als een medicijn voor een langere periode is voorgeschreven en niemand het medicijnbeheer van u kan overnemen. Dit heet een geïndividualiseerde distributievorm (gdv) of medicijnrol: een medicatiezakje waarin een of meer medicijnen zitten die op een bepaald moment van de dag ingenomen moeten worden. Deze zakjes zitten aan elkaar op een rol.
- Als u medicijnen op recept in het buitenland moet kopen gelden al deze voorwaarden:
 - de werkzame stof, dosering en toedieningsvorm van het medicijn moeten zijn opgenomen in het Nederlandse GVS;
 - vergoeding vindt plaats volgens de Nederlandse vergoedingslimiet;
 - rekeningen van medicijnen moeten leesbaar en volledig zijn;
 - staat de naam van het medicijn, de hoeveelheid, de sterkte en de toedieningsvorm niet volledig op de rekening? Dan moet u ook de bijsluiter, het doosje of etiketten (mag ook een foto zijn) opsturen samen met de rekening.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Huisarts.
- Medisch specialist.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- GGD arts gespecialiseerd in infectieziekten.
- Kaakchirurg.
- Tandarts.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Physician assistant.
Voor de aanvullende voorwaarden ten aanzien van de voorschrijfbevoegdheid van de physician assistant verwijzen wij u naar de Handreiking voorschrijfbevoegdheid verpleegkundig specialisten en physician assistants van de NVZA en de KNMP.
- Verpleegkundig specialist met aanvullende voorwaarden ten aanzien van de voorschrijfbevoegdheid.
Voor de aanvullende voorwaarden ten aanzien van de voorschrijfbevoegdheid van de verpleegkundig specialist verwijzen wij u naar de Handreiking voorschrijfbevoegdheid verpleegkundig specialisten en physician assistants van de NVZA en de KNMP.
- Verloskundige, rekening houdend met voorschrijfbevoegdheid en deskundigheidsgebied.
De volledige informatie hierover staat in artikel 36 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze vindt u via [wetten.overheid.nl](https://www.wetten.overheid.nl) op de titel 'beroepen individuele gezondheidszorg' en artikel 36.
- Een van bovenstaande zorgverleners in het buitenland.
Deze zorgverlener moet voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land voor zijn beroep gelden.
- U heeft geen herhaalrecept nodig voor anticonceptie medicijnen.
Voor anticonceptie in tabletvorm geldt geen maximale geldigheidsduur per recept. Voor deze medicijnen heeft u maar één keer een recept nodig. Onder uw basisverzekering valt per jaar niet meer dan voor het gebruik tijdens 12 maanden nodig is. Als het middel, de sterkte of het gebruik van het middel verandert, heeft u wel een nieuw recept nodig.
- U heeft geen herhaalrecept nodig voor insuline.
Voor insuline bij diabetes geldt geen maximale geldigheidsduur per recept. Voor deze medicijnen heeft u maar één keer een recept nodig. Onder uw basisverzekering valt per jaar niet meer dan voor het gebruik tijdens 12 maanden nodig is. Als het middel, de sterkte of het gebruik van het middel verandert, heeft u wel een nieuw recept nodig.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor sommige medicijnen uit Bijlage 2.
 - Sommige medicijnen (werkzame bestanddelen) uit Bijlage 2 moeten wij beoordelen. U vindt deze medicijnen op onze website.
Alle actuele informatie over de toetsing en beoordeling vindt u op www.zn.nl/formulieren. Daar staan ook de medicijnen die uw apotheek beoordeelt.

- Voor veel Bijlage 2 medicijnen kan uw behandelend arts een artsenverklaring invullen. Uw apotheek beoordeelt dan of u recht heeft op vergoeding. Uw arts kan op onze site voor zorgverleners meer informatie hierover vinden.
- Heeft u bezwaar tegen beoordeling door uw apotheek?
Als u niet wil dat de beoordeling door uw apotheker of leverancier gebeurt dan kunt u, met vermelding van uw bezwaar, de verklaring van uw voorschrijver rechtstreeks naar onze afdeling Medische Beoordelingen sturen.
- Als wij u een akkoordverklaring geven dan is er vergoeding mogelijk vanaf de datum dat wij de aanvraag hebben ontvangen.
Het is dus belangrijk dat u de akkoordverklaring aanvraagt voordat u met de medicijnen begint. Een aanvraag voor vergoeding is geen garantie voor een akkoordverklaring.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Apotheek.
Dit is een apotheker die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren. U krijgt deze zorg thuis, in de praktijk van de apotheekhoudend (huis)arts, bij een apotheek die de overheid erkent of op de plek waar u tijdelijk verblijft.
- Apotheekhoudend (huis)arts.
Dit is een (huis)arts die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren. U krijgt deze zorg thuis, in de praktijk van de apotheekhoudend (huis)arts, bij een apotheek die de overheid erkent of op de plek waar u tijdelijk verblijft.
- Apotheker of apotheekhoudend (huis)arts in het buitenland.
Deze zorgverlener heeft in het betreffende land een vergunning om geneesmiddelen te leveren en voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land voor zijn beroep gelden.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Medicijnen die gebruikt worden voor andere indicaties dan vermeld in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
En als niet aan de nadere voorwaarden wordt voldaan.
- Medicijnen voor onderzoek of experimenteel gebruik.
Of medicijnen die onderdeel zijn van medisch specialistische zorg. Deze vallen onder 'Medisch specialistische zorg'.
- Een medicijn waarvoor wij geen voorkeur hebben terwijl er een gelijkwaardig en geschikt medicijn is dat wel op de Lijst Voorkeursgeneesmiddelen staat.
- Niet-geregistreerde medicijnen.
Een apotheekbereiding (magistrale bereiding) of een medicijn dat wel geregistreerd is in het buitenland kan onder bepaalde voorwaarden wel voor vergoeding in aanmerking komen. Deze medicijnen staan in het artikel 'Medicijnen die de apotheek zelf maakt' en in het artikel 'Medicijnen uit het buitenland'.
- Een medicijn dat (bijna) gelijk is aan een geregistreerd medicijn dat niet in het GVS is opgenomen behalve als bij ministeriële regeling anders is bepaald.
Zie artikel 'Medicijnen die de apotheek zelf maakt'.
- Medicijnen (en voorlichting en advies) uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland.
- Zelfzorggeneesmiddelen (en voorlichting en advies) en intramurale medicijnen.
Dit voor zover zij volgens de Regeling zorgverzekering niet onder uw zorgverzekering vallen.
Bevochtigende oogdruppels (kunsttranen met hyaluronzuur) die niet in het GVS zijn opgenomen, zijn beschreven in het artikel 'Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie' bij kappenbril en ptosisbril.
- Medicijnen waarbij na falen van toedieningsvorm een beroep gedaan kan worden op een tegemoetkomingsregeling.
Het gaat om hulp- of verbruiksartikel gerelateerde toedieningsvormen met fabrieksgarantie of andere tegemoetkomingsregelingen.

- Medicijnen die op een andere manier gefinancierd worden.
Bijvoorbeeld medicijnen die onder de aanspraak van Jeugdwet, Wlz, Wmo, overheidsfinanciering of subsidieregeling vallen.
- Medicijnen voorgeschreven door een alternatief zorgverlener of door een andere zorgverleners die wij niet noemen bij 'behandelvoorstel'.
- Verzorgingsproducten en cosmetische producten, of producten die daarmee overeenkomen.
Bijvoorbeeld tandpasta's, zepen, desinfectiemiddelen, shampoos, badoliën, balsems, lotions, haargroeimiddelen, mondspoelmiddelen en zonnebrandartikelen.
- Extra kosten voor het aanbieden en ophalen van recepten buiten reguliere openingstijden om.
Dit wordt wel vergoed als sprake is van een spoedeisende situatie.
- Wettelijke eigen bijdragen voor medicijnen uit het GVS.
Deze vallen onder artikel 'Medicijnen wettelijke eigen bijdrage' uit een aanvullende verzekering.
- Levering en instructie van hulpmiddelen als de bijbehorende medicijnen voor rekening van het ziekenhuis zijn.
- Instructie van hulpmiddelen die nodig zijn bij medicijnen als de hulpmiddelen niet geleverd zijn door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.
- Bijkomende kosten, zoals bijvoorbeeld administratie-, import- en/of verzendkosten.
- Medicijnen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onder f van de Geneesmiddelenwet.
- Alternatieve medicijnen.
Bijvoorbeeld homeopathische en antroposofische medicijnen. Deze vallen onder het artikel 'Alternatieve en psychosociale zorg'.
- Esketamine neusspray (Spravato).
Dit valt onder het artikel 'Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)'.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Medicatiebeoordeling (artikel B.15.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Medicatiebeoordeling (periodieke evaluatie).
- Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroep.
Afhankelijk van de afspraken die wij met uw apotheek hebben gemaakt, bent u ook verzekerd voor 'Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroep' en de facultatieve prestaties farmaceutische zorg conform de NZa beleidsregel:
 - Therapietrouwverbetering bij patiënten met astma/COPD;
 - Medicatieoptimalisatie en begeleiding bij patiënten met complexe farmaceutische zorg;
 - Begeleidingsgesprek chronische UR (Uitsluitend Recept)-medicijnen;
 - Begeleidingsgesprek Astma en/of COPD-medicijnen.

Wat is uw vergoeding?

- Zo nodig vaker: vergoeding van 1 keer per 12 maanden voor medicatiebeoordeling.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U gebruikt meerdere medicijnen chronisch en er is een medische en farmaceutische noodzaak.

Wat zijn de voorwaarden?

- U gebruikt meerdere medicijnen chronisch.

- De zorgverlener die het behandelvoorstel doet, heeft de medische en farmaceutische noodzaak vastgesteld.
De criteria hiervoor kunt u vinden in de richtlijn Medicatiebeoordeling van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie op www.knmp.nl.
- Een medicatiebeoordeling heeft betrekking op medicijnen die voldoen aan de voorwaarden voor medicijnen die zijn opgenomen in het GVS.
Als u daarnaast ook medicijnen gebruikt die niet aan deze voorwaarden voldoen, worden deze inhoudelijk wel meegenomen in de medicatiebeoordeling.
- Medicatiebeoordeling gebeurt in samenspraak met u, uw behandelend arts en de overige betrokken zorgverleners.
- De zorgverlener moet de geldende NZa Prestatiebeschrijving en de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen volgen.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Apotheker.
- Apotheekhoudend huisarts.
- Medisch specialist.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Specialist ouderengeneeskunde.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als niet wordt voldaan aan de algemene voorwaarden voor medicatiebeoordeling maar als u om andere medische of farmaceutische redenen wel behoefte heeft aan een medicatiebeoordeling.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Apotheker of apotheekhoudend huisarts met opleiding Medicatiebeoordeling.
Apotheker of apotheekhoudend huisarts die een door ons als voldoende beoordeelde, aanvullende opleiding met goed gevolg heeft afgerond voor het uitvoeren van een medicatiebeoordeling.
De zorg vindt plaats in de praktijk van de apotheekhoudend (huis)arts, een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Medicijnen die de apotheek zelf maakt (artikel B.15.4.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Medicijnen die de apotheek zelf maakt (magistrale bereidingen).
Het gaat om niet-geregistreerde medicijnen die door een apotheker op individueel recept zijn gemaakt. Uw arts schrijft een medicijn voor dat de apotheek speciaal voor u maakt. Dat heet een magistrale bereiding.
Het kan ook gaan om een niet-geregistreerd medicijn dat uw apotheker door een andere apotheek laat maken. Dat noemen wij een 'doorgeleverde bereiding'.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor medicijnen die de apotheek zelf maakt.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage van maximaal € 250 als de magistrale bereiding een medicijn bevat met een wettelijke eigen bijdrage.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - Een bestaand medicijn is niet geschikt voor u omdat bijvoorbeeld de sterkte of vorm niet geschikt is voor u of de werkzame stof is niet als geregistreerd middel beschikbaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- Een magistrale bereiding die (bijna) gelijk is aan een geregistreerd medicijn dat niet is opgenomen in het GVS vergoeden wij alleen als dat bij ministeriële regeling is bepaald.
De minister kan een geneesmiddel aanwijzen als het gaat om:
 - een bereiding in de overbruggingstijd. Het medicijn is dan wel aangemeld maar er is nog geen besluit genomen over opname in het GVS.;
 - een medicijn dat niet in het GVS wordt opgenomen omdat het te duur is terwijl de bereiding wel een acceptabele prijs heeft.
- Er moet sprake zijn van rationele farmacotherapie.
Dit betekent dat het medicijn moet voldoen aan al deze voorwaarden:
 - het heeft de geschikte vorm voor de patiënt. Bijvoorbeeld een drankje voor een kind dat nog geen tablet kan doorslikken;
 - het is bewezen werkzaam en effectief: er moet voldoende wetenschappelijk onderzoek naar het medicijn zijn gedaan waaruit blijkt dat het medicijn werkt tegen uw klacht of ziekte;
 - het is het meest economisch voor de zorgverzekering. Het is bijvoorbeeld niet duurder dan vergelijkbare medicijnen die net zo goed of beter werken.

Voor sommige bereidingen hebben wij aanvullende informatie nodig om te beoordelen of het gaat om rationele farmacotherapie.

- Levering van medicijnen mag uitsluitend aan de verzekerde voor wie ze zijn bestemd.
Dit mag ook zijn verzorger zijn, of de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de toediening.
- Algemene advisering en begeleiding maakt onderdeel uit van de levering van uw medicijn.
Het gaat hierbij ten minste om:
 - het begeleidingsgesprek bij een nieuw medicijn (eerste uitgifte) of een extra begeleiding als u een medicijn langer dan 12 maanden niet gebruikt heeft;
 - uitleg als u een medicijn gebruikt waarvoor ook een hulpmiddel nodig is;
 - farmaceutische begeleiding bij poliklinisch bezoek, ziekenhuisopname of -ontslag.
- Medicijnen moeten worden geleverd op voorschrift (behandelvoorstel) of recept, voor een bepaalde periode.
Een recept geldt voor een bepaalde periode die per medicijn(groep) anders kan zijn. Als een medicijn in meerdere groepen valt, geldt de kortste periode.
De leveringsperiodes die per voorschrift (behandelvoorstel) of recept gelden, zijn:
 - 15 dagen of de kleinste verpakking voor een medicijn dat nieuw voor u is;
 - 15 dagen voor een medicijn ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie;
 - 30 dagen voor slaapmiddelen (hypnotica) en voor medicijnen die angst en onrust verminderen (anxiolytica);
 - maximaal 30 dagen voor medicijnen die zijn opgenomen in de Opiumwet met uitzondering van de ADHD middelen. Hiervoor geldt een maximale aflevertermijn van 3 maanden;
 - 3 maanden voor medicijnen voor de behandeling van een chronische ziekte, of tot 12 maanden als wij hierover afspraken hebben gemaakt met de apotheek;
 - 1 maand voor medicijnen die per maand meer dan € 1.000,- kosten. Als u na een aaneengesloten periode van 6 maanden goed ingesteld bent, mogen deze dure medicijnen per 3 maanden geleverd worden.

- Deellevering per twee, drie of vier weken is mogelijk bij aantoonbare medische noodzaak. Dit kan dan alleen als een medicijn voor een langere periode is voorgeschreven en niemand het medicijnbeheer van u kan overnemen. Dit heet een geïndividualiseerde distributievorm (gdv) of medicijnrol: een medicatiezakje waarin een of meer medicijnen zitten die op een bepaald moment van de dag ingenomen moeten worden. Deze zakjes zitten aan elkaar op een rol.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Huisarts.
- Medisch specialist.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- Verpleegkundig specialist.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- GGD arts gespecialiseerd in infectieziekten.
- Tandarts.
- Kaakchirurg.
- Physician assistant.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Apotheek.
Dit is een apotheker die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren. U krijgt deze zorg thuis, in de praktijk van de apothekhoudend (huis)arts, bij een apotheek die de overheid erkent of op de plek waar u tijdelijk verblijft.
- Apothekhoudend (huis)arts.
Dit is een (huis)arts die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren. U krijgt deze zorg thuis, in de praktijk van de apothekhoudend (huis)arts, bij een apotheek die de overheid erkent of op de plek waar u tijdelijk verblijft.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Een medicijn dat (bijna) gelijk is aan een niet-geregistreerd medicijn én dat niet in het GVS is opgenomen.
Deze medicijnen kunt u vinden op wetten.overheid.nl.
- Medicijnen voor onderzoek of experimenteel gebruik.
Of medicijnen die onderdeel zijn van medisch specialistische zorg. Deze vallen onder 'Medisch specialistische zorg'.
- Bereidingen uit voorzorg of ter voorkoming van ziekte voor een reis naar het buitenland.
- Zelfzorggeneesmiddelen (en voorlichting en advies) en intramurale medicijnen.
Dit voor zover zij volgens de Regeling zorgverzekering niet onder uw zorgverzekering vallen. Bevochtigende oogdruppels (kunsttranen met hyaluronzuur) die niet in het GVS zijn opgenomen, zijn beschreven in het artikel 'Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie' bij kappenbril en ptosisbril.
- Medicijnen waarbij na falen van toedieningsvorm een beroep gedaan kan worden op een tegemoetkomingsregeling.
Het gaat om hulp- of verbruiksartikel gerelateerde toedieningsvormen met fabrieksgarantie of andere tegemoetkomingsregelingen.
- Medicijnen die op een andere manier gefinancierd worden.
Bijvoorbeeld medicijnen die onder de aanspraak van Jeugdwet, Wlz, Wmo, overheidsfinanciering of subsidieregeling vallen.
- Medicijnen voorgeschreven door een alternatief zorgverlener of door een andere zorgverleners die wij niet noemen bij 'behandelvoorstel'.
- Verzorgingsproducten en cosmetische producten, of producten die daarmee overeenkomen.
Bijvoorbeeld tandpasta's, zepen, desinfectiemiddelen, shampoos, badoliën, balsems, lotions, haargroeimiddelen, mondspoelmiddelen en zonnebrandartikelen.
- Extra kosten voor het aanbieden en ophalen van recepten buiten reguliere openingstijden om.
Dit wordt wel vergoed als sprake is van een spoedeisende situatie.

- Wettelijke eigen bijdragen voor medicijnen uit het GVS.
Deze vallen onder artikel 'Medicijnen wettelijke eigen bijdrage' uit een aanvullende verzekering.
- Bijkomende kosten, zoals bijvoorbeeld administratie-, import- en/of verzendkosten.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Uit het buitenland ingevoerde medicijnen (artikel B.15.5.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Medicijnen die door uw apotheek zijn ingevoerd uit het buitenland en niet in Nederland zijn geregistreerd.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor uit het buitenland ingevoerde medicijnen.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- U heeft een ziekte die in Nederland niet vaker dan 1:150.000 inwoners voorkomt.
- Behandeling met een in Nederland geregistreerd medicijn of magistrale bereiding is niet mogelijk.
- De behandeling, preventie of diagnostiek wordt in een voor u geschikte vorm ingezet.
- Het gaat om in wetenschappelijke literatuur bewezen werkzaamheid en effectiviteit.
- De behandeling is het meest economisch voor u en de zorgverzekering.
- Alle bovenstaande voorwaarden zijn de regels volgens artikel 2.8 lid 1 onder b van het Besluit zorgverzekering.
- Levering van medicijnen mag uitsluitend aan de verzekerde voor wie ze zijn bestemd.
Dit mag ook zijn verzorger zijn, of de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de toediening.
- Medicijnen moeten worden geleverd op recept (behandelvoorstel) voor een bepaalde periode.
Een recept geldt voor een bepaalde periode die per medicijn(groep) anders kan zijn. Als een medicijn in meerdere groepen valt, geldt de kortste periode.
De leveringsperiodes die per recept (behandelvoorstel) gelden, zijn:
 - 15 dagen of de kleinste verpakking voor een medicijn dat nieuw voor u is;
 - 15 dagen voor een medicijn ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie;
 - 30 dagen voor slaapmiddelen (hypnotica) en voor medicijnen die angst en onrust verminderen (anxiolytica);
 - maximaal 30 dagen voor medicijnen die zijn opgenomen in de Opiumwet met uitzondering van de ADHD middelen. Hiervoor geldt een maximale aflevertermijn van 3 maanden;
 - 3 maanden voor medicijnen voor de behandeling van een chronische ziekte, of tot 12 maanden als wij hierover afspraken hebben gemaakt met de apotheek;
 - 12 maanden voor "de pil" (orale anticonceptiemiddelen);
 - 1 maand voor medicijnen die per maand meer dan € 1.000,- kosten. Als u na een aaneengesloten periode van 6 maanden goed ingesteld bent, mogen deze dure medicijnen per 3 maanden geleverd worden.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Huisarts.
- Medisch specialist.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- GGD arts gespecialiseerd in infectieziekten.
- Kaakchirurg.
- Tandarts.
- Arts verstandelijk gehandicapten.

- Physician assistant.
- Verpleegkundig specialist met aanvullende voorwaarden ten aanzien van de voorschrijfbevoegdheid. Voor de aanvullende voorwaarden ten aanzien van de voorschrijfbevoegdheid van de verpleegkundig specialist verwijzen wij u naar de Handreiking voorschrijfbevoegdheid verpleegkundig specialisten en physician assistants van de NVZA en de KNMP.
- Verloskundige, rekening houdend met voorschrijfbevoegdheid en deskundigheidsgebied. De volledige informatie hierover staat in artikel 36 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze vindt u via wetten.overheid.nl op de titel 'beroepen individuele gezondheidszorg' en artikel 36.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- De voorschrijver moet vooraf een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Dat kan alleen als aan alle voorwaarden wordt voldaan.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Een apotheek of apotheekhoudend (huis)arts met een ontheffing van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) voor de invoer van het medicijn.
Dit is een apotheker of apotheekhoudend (huis)art die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om medicijnen te leveren. U krijgt deze zorg thuis, in de praktijk van de apotheekhoudend (huis)arts, bij een apotheek die de overheid erkent of op de plek waar u tijdelijk verblijft.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Medicijnen die gebruikt worden voor andere indicaties dan vermeld in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
En als niet aan de nadere voorwaarden wordt voldaan.
- Medicijnen voor onderzoek of experimenteel gebruik.
Of medicijnen die onderdeel zijn van medisch specialistische zorg. Deze vallen onder 'Medisch specialistische zorg'.
- Een apotheekbereiding (magistrale bereiding): deze medicijnen staan beschreven in het artikel 'Medicijnen die de apotheek zelf maakt'
- Een medicijn dat (bijna) gelijk is aan een niet-geregistreerd medicijn én dat niet in het GVS is opgenomen.
Deze medicijnen kunt u vinden op wetten.overheid.nl.
- Medicijnen (en voorlichting en advies) uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland.
- Zelfzorggeneesmiddelen (en voorlichting en advies) en intramurale medicijnen.
Dit voor zover zij volgens de Regeling zorgverzekering niet onder uw zorgverzekering vallen.
Bevochtigende oogdruppels (kunsttranen met hyaluronzuur) die niet in het GVS zijn opgenomen, zijn beschreven in het artikel 'Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie' bij kappenbril en ptosisbril.
- Medicijnen waarbij na falen van toedieningsvorm een beroep gedaan kan worden op een tegemoetkomingsregeling.
Het gaat om hulp- of verbruiksartikel gerelateerde toedieningsvormen met fabrieksgarantie of andere tegemoetkomingsregelingen.
- Medicijnen die op een andere manier gefinancierd worden.
Bijvoorbeeld medicijnen die onder de aanspraak van Jeugdwet, Wlz, Wmo, overheidsfinanciering of subsidieregeling vallen.
- Medicijnen voorgeschreven door een alternatief zorgverlener of door een andere zorgverleners die wij niet noemen bij 'behandelvoorstel'.
- Verzorgingsproducten en cosmetische producten, of producten die daarmee overeenkomen.
Bijvoorbeeld tandpasta's, zepen, desinfectiemiddelen, shampoos, badoliën, balsems, lotions, haargroeimiddelen, mondspoelmiddelen en zonnebrandartikelen.
- Extra kosten voor het aanbieden en ophalen van recepten buiten reguliere openingstijden om.
Dit wordt wel vergoed als sprake is van een spoedeisende situatie.

- Levering en instructie van hulpmiddelen als de bijbehorende medicijnen voor rekening van het ziekenhuis zijn.
- Instructie van hulpmiddelen die nodig zijn bij medicijnen als de hulpmiddelen niet geleverd zijn door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.
- Bijkomende kosten, zoals bijvoorbeeld administratie-, import- en/of verzendkosten.
- Esketamine neusspray (Spravato).
Dit valt onder het artikel 'Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)'.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Medisch specialistische zorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Skinvision (artikel B.4.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Digitale medisch specialistische zorg (Skinvision).
Medisch specialistische zorg is ook mogelijk via digitale toepassingen die wij hebben aangewezen. We hebben de app Skinvision aangewezen. Met deze app kunt u een foto maken van een huidplekje en deze laten beoordelen op het risico op huidkanker. Als er een hoog risico wordt geconstateerd, ontvangt u een doktersadvies.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 % voor skinvision.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen verplicht eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een huidplekje.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het account van de app moet aan uw relatienummer zijn gekoppeld.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Medisch specialistische zorg (artikel B.4.3.), opname bij medisch specialistische zorg (artikel B.4.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Medisch specialistische zorg.
Het gaat hierbij om al deze zorg:
 - medisch specialistische behandelingen (geneeskundige zorg);
 - aanvullende medische handelingen (zoals het aanleggen van gips of een ECG-onderzoek);
 - medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
 - laboratoriumonderzoek;