

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : Farmaceutische zorg, preferentiebeleid, alternatieve geneeswijzen, alternatieve geneesmiddelen, Lymphosot®, Hepeel® en Reneel®, laboratoriumonderzoek  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020 en 2021, artt. 7, 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020 en 2021  
Zaaknummer : 202101094  
Zittingsdatum : 17 november 2021

1. Partijen

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

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 14 mei 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan; op 30 juni 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Op 27 juli 2021 stuurde verzoekster de commissie aanvullende stukken.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 augustus 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 26 augustus 2021 aan verzoekster gezonden. Op 23 september 2021 heeft verzoekster per e-mail op desbetreffende reactie van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden waarna laatstgenoemde op 1 oktober 2021 per brief heeft gereageerd. Een kopie van deze brief is aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Op 18 oktober 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021033480) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 20 oktober 2021 aan partijen gestuurd. Op 31 oktober 2021 en 6 november 2021 heeft verzoekster de commissie nadere informatie doen toekomen. Afschriften hiervan zijn aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 november 2021 gehoord. Tijdens deze hoorzitting heeft verzoekster haar verzoek aan de commissie gewijzigd.
- 2.5. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoekster in de gelegenheid gesteld aanvullende informatie aan te leveren waaruit de medische noodzaak voor het geneesmiddel Levetiracetam blijkt. Bij e-mailberichten van 19 november 2021 en 22 november 2021 heeft verzoekster de commissie nadere informatie doen toekomen. Afschriften hiervan zijn op 23 november 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Op 1 december 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie meegedeeld dat hij geen aanleiding ziet inhoudelijk op de nagekomen stukken te reageren.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en afschriften van de nagekomen stukken van 31 oktober 2021, 6 november 2021, 19 november 2021, 22 november 2021 en 1 december 2021 zijn op 3 december 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut gevraagd in het definitief advies aandacht te besteden aan de stelling van verzoekster dat haar door meerdere artsen en instanties is afgeraden om in geval van epilepsie te wisselen van medicatie. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 4 januari 2022 een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 5 januari 2022 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de

gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Verzoekster heeft op 12 januari 2022 van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

### 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Zorgt Best (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering VGZ Zorgt Tand Beter is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Na een epileptisch insult heeft verzoekster zich voor behandeling gewend tot een arts voor integrale geneeskunde. Deze arts heeft bloedonderzoek laten uitvoeren en geneesmiddelen voorgeschreven. De kosten van de consulten, het bloedonderzoek en de geneesmiddelen zijn ten dele of niet vergoed. Verzoekster heeft het geneesmiddel Levetiracetam Accord voorgeschreven gekregen. Volgens de ziektekostenverzekeraar kan zij in plaats hiervan het preferente geneesmiddel van Aurobindo gebruiken.
- 3.3. Na een eerder verzoek om heroverweging heeft verzoekster op 12 april 2021 en vervolgens op 14 april 2021 de ziektekostenverzekeraar gevraagd terug te komen op zijn eerdere beslissingen. Op 22 april 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 18 oktober 2021 heeft het Zorginstituut, in zijn voorlopig advies aan de commissie, het volgende verklaard:

*"Integrale geneeskunde valt onder de alternatieve geneeskunde en is daarmee geen zorg zoals artsen plegen te bieden en valt daarom niet onder de basisverzekering.*

*Bloedonderzoek is zorg zoals artsen plegen te bieden en kan ten laste van de basisverzekering worden gebracht indien verzekerde een medische indicatie voor het bloedonderzoek heeft. Omdat het dossier hierover geen informatie bevat kan niet beoordeeld worden of verzoekster een indicatie had voor de uitgebreide bloedonderzoeken.*

*De beoordeling van een medische noodzaak ligt bij de apotheek. De apotheek van verzoekster heeft geen declaraties ingediend voor het preferente middel van Levetiracetam, Levetiracetam Aurobindo. Er zijn alleen declaraties ingediend voor Levetiracetam Accord, wat erop wijst dat de apotheek de medische noodzaak onderschrijft om niet het preferente middel te verstrekken aan verzoekster.*

#### **Conclusie**

*De zorg van de arts integrale geneeskunde is voor zover dit niet vergoed is vanuit de basisverzekering terecht afgewezen.*

*Op basis van het dossier kan niet beoordeeld worden of verzoekster een indicatie had voor uitgebreid bloedonderzoek.*

*De voorgeschreven (homeopathische) geneesmiddelen zijn vergoed en daarmee niet meer in geschil. Het lijkt alsof de apotheker de medische noodzaak onderschrijft om verzoekster niet het preferente middel van Levetiracetam te verstrekken."*

- 3.5. Bij brief van 4 januari 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn definitief advies aan de commissie, het volgende verklaard:

"Het geval van verzoekster

Verzoekster gebruikt al levetiracetam Accord en werd dus niet (op)nieuw ingesteld. Levetiracetam Accord en levetiracetam Aurobindo zijn beide generieken van het oorspronkelijke medicijn levetiracetam Keppra®. Er was ten tijde van de wisseling geen sprake van een tekort van het geneesmiddel levetiracetam Accord en momenteel heeft levetiracetam Accord een apotheek inkoopprijs van € 8,40 per 60 st van 500 mg. Levetiracetam Aurobindo heeft een apotheek inkoopprijs van € 8,79 per 60 st van 500 mg. Door de apotheker van verzoekster wordt gepleit om een uitzondering te maken op het preferentiebeleid gezien verzoekster al is ingesteld op levetiracetam Accord en dus niet (op)nieuw wordt ingesteld. Waarbij zij wijst op de medische noodzaak gezien de aard van de aandoening en de kwetsbaarheid van de patiëntengroep die medicijnen voor epilepsie krijgen voorgeschreven. Dit zijn dezelfde argumenten die in het 'geneesmiddelenoverzicht wisselen ongewenst' worden aangehaald en is ook in lijn met de epilepsie richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie.

Conclusie

In het dossier zit geen recept van de voorschrijver waarop vermeld staat dat het om een medische noodzaak gaat, daarom kan het Zorginstituut niet concluderen dat er een medische noodzaak is. Het Zorginstituut benadrukt dat het wisselen van het ene generiek van levetiracetam naar een ander generiek van levetiracetam bij patiënten met epilepsie wordt afgeraden in de adviezen van de KNMP, CBG en NVN.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Het Zorginstituut kan niet concluderen dat er een medische noodzaak is voor het gebruik van levetiracetam Accord. Het Zorginstituut benadrukt dat het wisselen van het ene generiek van levetiracetam naar een ander generiek van levetiracetam bij patiënten met epilepsie wordt afgeraden in de adviezen van de KNMP, CBG en NVN."

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft, na wijziging van haar verzoek ter zitting, aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar:

- (i) de consulten bij de arts voor integrale geneeskunde volledig moet vergoeden;
- (ii) de kosten van de door deze arts voorgeschreven homeopathische geneesmiddelen volledig moet vergoeden;
- (iii) de kosten van het bloedonderzoek, uitgevoerd op 23 maart 2021, volledig moet vergoeden;
- (iv) voor 2021 geen preferentiebeleid mag voeren ten aanzien van het geneesmiddel Levetiracetam onderscheidenlijk in ieder geval de uitgespaarde kosten van het preferente geneesmiddel moet vergoeden;
- (v) aan haar een schadevergoeding van € 150.000,- moet betalen.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over farmaceutische zorg en medisch specialistische zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Ook zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

### Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster stelt ten aanzien van punt (i) van haar verzoek dat de arts voor integrale geneeskunde BIG-geregistreerd is en beschikt over een AGB-code. Volgens informatie van de ziektekostenverzekeraar zou er met de arts een contract zijn in het kader van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hoewel is voldaan aan het gestelde in de verzekeringsvoorwaarden, werd het eerste consult niet vergoed en volgde voor een latere nota slechts een gedeeltelijke vergoeding. Verzoekster meent dat dit ten onrechte is.

Met betrekking tot punt (ii) van het verzoek verwijst verzoekster naar artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Zij licht toe dat zij na het consult op 30 november 2020 bij eerder genoemde arts naar de apotheek van het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ) is gegaan om de middelen Lymphosot®, Hepeel® en Reneel® ter hand gesteld te krijgen. Deze waren daar echter niet beschikbaar. Ook de eigen apotheek kon de middelen niet leveren. Uiteindelijk bleek reformdrukkerij Gentiaan deze wel te kunnen leveren. Volgens verzoekster is in artikel 9 niet opgenomen dat terhandstelling moet plaatsvinden door een apotheek, en heeft zij getracht de middelen door een apotheek afgeleverd te krijgen. De middelen werden voorgeschreven door een arts, zodat aan alle voorwaarden voor vergoeding is voldaan.

Waar het gaat om onderdeel (iii) van het verzoek licht verzoekster toe dat zij door middel van laboratoriumonderzoek objectief wilde aantonen dat de aan haar voorgeschreven middelen effectief zijn om de bijwerkingen van de geneesmiddelen tegen epilepsie tegen te gaan. Door de ziektekostenverzekeraar werd haar te kennen gegeven dat de kosten van het onderzoek zouden worden vergoed indien dit door het JBZ werd geregeld en gedeclareerd. Uiteindelijk werd de nota ten bedrage van € 148,93 afgewezen, hetgeen volgens verzoekster in strijd is met de gedane mededeling en de brochure 'Bloed prikken'.

Aangaande onderdeel (iv) van het verzoek stelt verzoekster dat zij het geneesmiddel van Accord in 2020 is gaan gebruiken op voorschrift van een medisch specialist en na raadpleging van een Belgische hoogleraar in het kader van een second opinion. Met ingang van 2021 is door de ziektekostenverzekeraar een ander voorkeursgeneesmiddel aangewezen. Beide artsen ontraden evenwel een overstap. Zoals uit publicaties van het CBG (het rapport 'Geneesmiddelenoverzicht: Wisselen ongewenst'), het Belgische FAGG en de KNMP ('Handleiding Geneesmiddelssubstitutie 2018') blijkt, wordt het wisselen van geneesmiddel bij de behandeling van epilepsie ook door deze organisaties ontraden. Volgens verzoekster speelt de ziektekostenverzekeraar met haar gezondheid en hanteert hij in dit verband zijn eigen regels. Daarbij is de publieksprijs van de beide middelen bijna gelijk.

Verzoekster tekent hierbij nog aan dat het preferente middel aan haar werd afgeleverd zonder bijsluiter, terwijl deze juist belangrijke en gevaarlijke bijwerkingen vermeldt.

De ziektekostenverzekeraar zou de kosten van het niet-preferente geneesmiddel moeten vergoeden althans een vergoeding moeten verlenen op basis van de prijs van het preferente geneesmiddel.

In onderdeel (v) van haar verzoek concludeert verzoekster dat zij graag ziet dat de ziektekostenverzekeraar de door haar gemaakte kosten van april 2021 tot het eind van het jaar 2021 vergoedt. Daarnaast wil verzoekster gecompenseerd worden voor het geval er

gezondheidsschade optreedt door het gebruik van Levertiracetam van Aurobindo. De totaal gevorderde schade bedraagt € 150.000,-.

- 6.3. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald. Daarnaast is door haar toegelicht dat haar echtgenoot op enig moment telefonisch contact heeft gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar die anoniem wilde blijven. Volgens deze medewerker hoefde verzoekster zich geen zorgen te maken en zou het bloedonderzoek volledig worden vergoed. Verder heeft verzoekster ter aanvulling gesteld dat zij van verschillende instanties, waaronder het Lareb, het CBG en de KNMP heeft vernomen dat het wisselen van geneesmiddelen voor patiënten met epilepsie niet gewenst is. De behandelend arts in België raadt het verzoekster zelfs ten zeerste af omdat dit kan leiden tot hersenbeschadigingen.

#### Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. Ten aanzien van onderdeel (i) van het verzoek erkent de ziektekostenverzekeraar dat de eerste nota voor een consult ten onrechte werd afgewezen. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden worden de kosten van alternatieve behandelingen en consulten vergoed tot een bedrag van € 500,-, waarbij een maximum geldt van € 40,- per dag. Aangezien het notabedrag hoger was dan € 40,- vond slechts gedeeltelijke vergoeding plaats. De zijnerzijds verstrekte informatie was correct.

Met betrekking tot onderdeel (ii) van het verzoek licht de ziektekostenverzekeraar toe dat reguliere geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door de huisarts, een medisch specialist, een kaakchirurg of een verloskundige, en dat aflevering moet plaatsvinden door een apotheek. Het geneesmiddel moet zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Als aan deze voorwaarden is voldaan vindt vergoeding plaats vanuit de zorgverzekering.

Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen kunnen worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering als zij zijn geregistreerd volgens de Geneesmiddelenwet en sprake is van de registratie HA of HM in de Taxe Homeopathie van Z-index. De middelen in kwestie zijn opgehaald bij een drogisterij en het Zi-nummer ontbreekt. Overigens wordt ook op de site van Sequana gewaarschuwd dat voor homeopathische geneesmiddelen geen of een beperkte vergoeding wordt verleend.

De ziektekostenverzekeraar erkent dat de bij de afwijzing vermelde grond niet de juiste is.

Wat betreft onderdeel (iii) van het verzoek neemt de ziektekostenverzekeraar het standpunt in dat de kosten van diagnostisch onderzoek in het algemeen worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Om die reden is in de aanvullende ziektekostenverzekering vergoeding van laboratoriumonderzoek expliciet uitgesloten. Voorwaarde om voor laboratoriumonderzoek ten laste van de zorgverzekering in aanmerking te komen is dat een verwijsbrief nodig is. Deze verwijzing dient te komen van een in artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering genoemde behandelaar. Een arts voor integrale geneeskunde staat hier niet tussen zodat geen aanspraak bestaat. Voor zover bij verzoekster andere verwachtingen zijn gewekt, biedt de ziektekostenverzekeraar hiervoor zijn excuses aan.

Waar het gaat om onderdeel (iv) van het verzoek stelt de ziektekostenverzekeraar dat alle geneesmiddelen zijn beoordeeld door het CBG. De werkzame stof is gelijk. Het kan zijn dat een patiënt allergisch is voor een hulp- of vulstof. Dit moet dan blijken door het gebruik van het preferente geneesmiddel. Het is aan de huisarts de medische noodzaak te bepalen. In de schriftelijke reactie aan de commissie van 23 augustus 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar tevens opgemerkt dat de beoordeling van de medische noodzaak bij de apotheker ligt. Omdat de apotheker alleen Levetiracetam van Accord heeft gedeclareerd, kan dit betekenen dat hij de medische noodzaak onderschrijft om niet het preferente geneesmiddel te verstrekken aan verzoekster. Zonder medische noodzaak blijven de kosten van het gebruik van het niet-preferente geneesmiddel echter voor haar rekening.

Aangaande onderdeel (v) van het verzoek verklaart de ziektekostenverzekeraar dat hij geen aanleiding ziet tot het toekennen van een schadevergoeding.

- 6.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zich bereid verklaard de kosten van de homeopathische middelen van totaal € 172,65 eenmalig te vergoeden. Voorwaarde hierbij is wel dat verzoekster in de toekomst deze middelen laat afleveren door een apotheek. Wat betreft de vergoeding van de kosten van het bloedonderzoek geldt dat uit de voorwaarden van de zorgverzekering duidelijk blijkt in welke situaties deze kosten worden vergoed. Dit neemt niet weg dat er in de communicatie tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zaken niet goed zijn gegaan. Om die reden heeft de ziektekostenverzekeraar zich bereid verklaard om ook de kosten van het bloedonderzoek, ondergaan op 23 maart 2021, eenmalig en uit coulance te vergoeden. Verder vordert verzoekster nog steeds volledige vergoeding van de kosten van integrale geneeskunde, maar zowel de kosten van het eerste als die van het tweede consult zijn reeds vergoed met inachtneming van het toepasselijke maximum. Wat betreft de vergoeding van Levertiracetam van Accord handhaaft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt. Dit omdat de medische noodzaak voor dit middel niet is aangetoond.

#### Overwegingen commissie

#### **Behandelingen en consulten alternatieve zorg**

- 6.6. De commissie overweegt dat in de zorgverzekering geen dekking is opgenomen voor behandelingen en consulten alternatieve zorg, zodat op grond van deze verzekering geen vergoeding kan plaatsvinden. De aanvullende ziektekostenverzekering kent hiervoor wel dekking. Tussen partijen is niet in geschil dat behandelingen en consulten door een arts voor integrale geneeskunde tot de aanspraak behoren. Hetgeen hen verdeeld houdt is uitsluitend de hoogte van de verleende vergoeding. Op grond van artikel 9 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering worden de desbetreffende kosten vergoed tot een bedrag van € 500,- per kalenderjaar. Tevens geldt een maximumvergoeding van € 40,- per dag. De commissie stelt vast dat van de nota van Sequana van 30 november 2020, ten bedrage van € 145,-, een deel, te weten € 40,- is vergoed. Deze vergoeding is overeenkomstig artikel 9 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Ter zake van het eerste consult is door verzoekster een nota van 16 november 2020 overgelegd, eveneens ten bedrage van € 145,-. Deze nota is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Ter zitting is door hem erkend dat dit ten onrechte was en dat aan verzoekster, conform het bepaalde in artikel 9, inmiddels een vergoeding is verleend van € 40,-. Verzoekster heeft, eveneens ter zitting, verklaard dat dit onderdeel met de verleende vergoeding geen behandeling meer behoeft. De commissie laat dit onderdeel dan ook verder rusten.

#### **Vergoeding van de kosten van homeopathische middelen en bloedonderzoek**

- 6.7. Verzoekster heeft de commissie tevens verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de middelen Lymphosot®, Hepeel® en Reneel®, alsmede die van het eind maart 2021 uitgevoerde bloedonderzoek, moet vergoeden. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij hiervoor eenmalig en uit coulance een vergoeding zal verlenen. Dit omdat de communicatie tussen hem en verzoekster niet altijd goed is verlopen. Met deze verklaring door de ziektekostenverzekeraar is het belang van verzoekster bij een uitspraak van de commissie over deze beide onderdelen komen te vervallen.

#### **Preferentiebeleid**

- 6.8. Uit het bepaalde in artikel 35 van de voorwaarden van de zorgverzekering in samenhang met artikel 2.8, derde lid, Bzv blijkt dat de ziektekostenverzekeraar ter zake van geneesmiddelen een preferentiebeleid mag voeren. Een voorwaarde hierbij is wel dat voor de verzekerde van elke werkzame stof steeds een geneesmiddel beschikbaar is, en dat de verzekerde recht heeft op

een vervangend geneesmiddel als gebruik van het voorkeursgeneesmiddel medisch gezien niet verantwoord is.

Verder is in artikel 35 van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaald dat de ziektekostenverzekeraar ieder jaar enkele voorkeursgeneesmiddelen aanwijst. Deze geneesmiddelen zijn opgenomen in het 'Reglement farmaceutische zorg' van de ziektekostenverzekeraar. In het reglement is voor 2020 bepaald dat Levetiracetam van Accord healthcare bv als filmomhulde tablet in de doseringen van 250 en 500 mg als voorkeursgeneesmiddel wordt aangewezen. Met ingang van 2021 is dit voor de filmomhulde tabletten met de doseringen 250, 500 en 1000 mg gewijzigd naar Levetiracetam van Aurobindo pharma bv.

De commissie overweegt dat de therapeutische waarde van deze beide generieke varianten van Levetiracetam gelijk is. Verzoekster maakt aanspraak op de variant van Accord, en beroept zich hierbij enerzijds op een medische noodzaak voor dit geneesmiddel als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden en anderzijds op diverse Nederlandse en Belgische richtlijnen waaruit volgt dat het wisselen van geneesmiddel bij epilepsie wordt ontraden.

- 6.9. De commissie heeft in het dossier geen recept van een arts aangetroffen waaruit de medische noodzaak blijkt. Echter, de apotheker van verzoekster heeft ervoor gepleit een uitzondering te maken op het preferentiebeleid omdat verzoekster al is ingesteld op Levetiracetam van Accord en dus niet (op)nieuw wordt ingesteld. Daarbij wijst zij op de medische noodzaak gezien de aard van de aandoening en de kwetsbaarheid van de patiëntengroep die medicijnen voor epilepsie krijgt voorgeschreven. Het Zorginstituut heeft geconstateerd dat dit dezelfde argumenten zijn die in het 'geneesmiddelenoverzicht wisselen ongewenst' van het CBG worden aangehaald en dit is ook in lijn met de richtlijn 'Epilepsie' van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Het Zorginstituut heeft benadrukt dat het wisselen van het ene generiek van Levetiracetam naar een ander generiek van Levetiracetam bij patiënten met epilepsie wordt afgeraden in de adviezen van de KNMP, CBG en NVN. De commissie neemt hierbij voorts de constatering van het Zorginstituut in aanmerking dat de kostprijs van het door verzoekster gewenste middel niet hoger is dan die van het preferente middel. De commissie beoordeelt het definitieve advies van het Zorginstituut, de daarin aangehaalde adviezen van deskundigen, de verklaring van de apotheek in het licht van die adviezen en de kostprijs van het gewenste middel in onderlinge samenhang en komt tot de conclusie dat onverkorte handhaving van het preferentiebeleid in dit specifieke geval naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Dit betekent dat verzoekster aanspraak houdt op Levetiracetam van Accord.

### Schadevergoeding

- 6.10. Verzoekster maakt tot slot aanspraak op een schadevergoeding ten bedrage van € 150.000,-. Zij heeft toegelicht dat het hierbij met name gaat om mogelijk optredende gezondheidsschade door het gebruik van het preferente middel. Aan haar werd tot op heden echter het merkgeneesmiddel ter hand gesteld, terwijl daarnaast op geen enkele wijze is onderbouwd hoe zij tot genoemd bedrag is gekomen. Nog afgezien van een ontbrekende onderbouwing van het bedrag van € 150.000,- blijkt uit hetgeen hiervoor is overwogen dat voor toekenning van een schadevergoeding geen grond bestaat.
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist als volgt:

- (i) verzoekster heeft aanspraak op Levetiracetam van Accord;
- (ii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen;
- (iii) het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.

Zeist, 9 februari 2022,

J.W. Heringa

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

## 20. Afwijzingsgronden

1. Wanneer de zorgverzekeraar een aanvraag voor vergoeding van zorg afwijst stuurt de zorgverzekeraar aan de verzekerde een afwijzingsbrief.
2. De afwijzing is in de afwijzingsbrief zodanig duidelijk onderbouwd, dat de verzekerde op grond van de informatie in de afwijzingsbrief zelf kan nagaan of de afwijzing terecht is.
3. De afwijzingsbrief bevat ten minste de volgende punten:
  - a. een voor de verzekerde begrijpelijk geformuleerde reden voor afwijzing;
  - b. een verwijzing naar een bestaande regel of voorwaarde(n) vanuit de polis waarom de afwijzing plaatsvindt;
  - c. de verzekerde moet erop gewezen worden dat er nadere informatie ingewonnen kan worden;
  - d. de verzekerde moet erop gewezen worden dat hij/zij een klacht kan indienen bij de zorgverzekeraar als hij/zij het niet eens is met de afwijzing, en de klacht tevens aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen kan voorleggen.

---

# 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, 2.8 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.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

## Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
  - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
  - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
    - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
    - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die 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.

---

## 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.

---

# 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.

---

## Zorgverzekeringswet

---

### Artikel 7

1. De verzekeringnemer kan de zorgverzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen.
2. De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de zorgverzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt.
3. In afwijking van artikel 940, vierde lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek kan de verzekeringnemer niet opzeggen indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14a gestelde regels.
4. Een verzekeringnemer kan zijn zorgverzekering opzeggen binnen zes weken nadat hij een mededeling als bedoeld in artikel 78c, tweede lid, of artikel 92, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg over zijn zorgverzekeraar heeft ontvangen.
5. De opzegging, bedoeld in het tweede of vierde lid, gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.
6. In afwijking van het vierde of vijfde lid gaat een opzegging, bedoeld in het tweede lid, in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere zorgverzekering verzekerd wordt, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door de zorgverzekeraar is ontvangen.



## II. VGZ Zorgt Goed, Beter en Best

### ALTERNATIEVE ZORG

#### Artikel 9. Alternatieve zorg

##### Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

- Behandelingen en consulten die vallen onder acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen, antroposofische alternatieve geneeswijzen, chiropractie, craniosacraaltherapie, haptotherapie, adem- en ontspanningstherapie Van Dixhoorn, homeopathie, manuele therapie E.S, musculoskeletale geneeskunde, natuurgeneeswijzen, osteopathie en psychosociale zorg
- Homeopathische of antroposofische (genees)middelen die
  - volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd
  - in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben

VGZ Zorgt Goed	VGZ Zorgt Beter	VGZ Zorgt Best
<ul style="list-style-type: none"> <li>maximaal € 200 per kalenderjaar;</li> <li>voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 40 per dag</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>maximaal € 300 per kalenderjaar;</li> <li>voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 40 per dag</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>maximaal € 500 per kalenderjaar;</li> <li>voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 40 per dag</li> </ul>

##### Dit krijgt u niet vergoed

Onder alternatieve zorg vallen niet de consulten en (groeps-)behandelingen voor:

- preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
- sociaal (maatschappelijke) dienstverlening, coaching en counseling;
- werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
- relatietherapie;
- schoonheidsbevordering;
- het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen;
- celtherapie en chelatietherapie.

U heeft geen recht op vergoeding van kosten voor:

- diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek;
- onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

##### Hier kunt u terecht

Voor behandelingen en consulten kunt u alleen terecht bij een door ons aangewezen zorgverlener. Een overzicht hiervan vindt u op onze website. Voor de geneesmiddelen kunt u naar een apotheker. Een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige schrijft de geneesmiddelen voor.

##### Welk middel wordt vergoed?

Wilt u weten of een middel wordt vergoed? U kunt het Z-index artikelnummer bij uw zorgverlener opvragen en contact met ons opnemen. Ons telefoonnummer vindt u op onze website. Met dit nummer kunnen wij voor u kijken of het middel wordt vergoed. Uw apotheek of apotheekhoudend huisarts kan ook nakijken of het middel een HA- of HM-registratie in de Taxe Homeopathie heeft.

Artikelomschrijving	Naam	Artikelnummer	Firma	Ingangsdatum	Einddatum
isosorbidemononitraat	Isosorbidemononitraat mylan retard tablet mga 60mg	15855724	Mylan b.v.	01/01/2021	31/12/2021
isosorbidemononitraat	Isosorbidemononitraat prh retard tablet mga 30mg	16768124	Focus Care Pharmaceuticals B.V.	01/01/2021	31/12/2021
isotretinoïne	Isotretinoïne sun capsule 10mg	16751655	Sun pharmaceutical industries europe bv	01/01/2021	31/12/2021
isotretinoïne	Isotretinoïne sun capsule 20mg	16751663	Sun pharmaceutical industries europe bv	01/01/2021	31/12/2021
itraconazol	Itraconazol aurobindo capsule 100mg	16594800	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021
ivabradine	Ivabradine glenmark tablet filmomhuld 5mg	16644867	Glenmark pharmaceuticals europe limited	01/01/2021	31/12/2021
ivabradine	Ivabradine glenmark tablet filmomhuld 7,5mg	16644875	Glenmark pharmaceuticals europe limited	01/01/2021	31/12/2021
lactulose	Lactulosestroop fresenius 670mg/ml	15624803	Fresenius kabi nederland bv	01/01/2021	31/12/2021
lamivudine	Lamivudine aurobindo tablet filmomhuld 300mg	15948269	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021
lamotrigine	Lamotrigine aurobindo dispergeerbaar tablet 200mg	16237846	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021
lamotrigine	Lamotrigine aurobindo dispergeerbaar tablet 25mg	16117980	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021
lamotrigine	Lamotrigine mylan dispers tablet 100mg	15051900	Mylan b.v.	01/01/2021	31/12/2021
lamotrigine	Lamotrigine mylan dispers tablet 50mg	15051897	Mylan b.v.	01/01/2021	31/12/2021
lansoprazol	Lansoprazol aurobindo capsule msr 30mg	15379612	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021
latanoprost	Latanoprost pfizer oogdruppels 50mcg/ml flac 2,5ml	15748502	Pfizer bv	01/01/2021	31/12/2021
latanoprost	Monoprost oogdruppels 50mcg/ml minim 0,2ml	15834190	Thea pharma B.V.	01/01/2021	31/12/2021
leflunomide	Leflunomide tillomed tablet filmomhuld 10mg	16932021	Tillomed laboratories B.V.	01/01/2021	31/12/2021
leflunomide	Leflunomide tillomed tablet filmomhuld 20mg	16932048	Tillomed laboratories B.V.	01/01/2021	31/12/2021
lercanidipine	Lercanidipine hcl aurobindo tablet omhuld 10mg	15557944	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021
lercanidipine	Lercanidipine hcl aurobindo tablet omhuld 20mg	15557952	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021
letrozol	Letrozol accord tablet filmomhuld 2,5mg	15703851	Accord healthcare b.v.	01/01/2021	31/12/2021
levetiracetam	Levetiracetam aurobindo drank 100mg/ml	15747255	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021
levetiracetam	Levetiracetam aurobindo tablet filmomhuld 250mg	16061527	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021
levetiracetam	Levetiracetam aurobindo tablet filmomhuld 500mg	15735044	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021
levetiracetam	Levetiracetam aurobindo tablet filmomhuld 1000mg	15735052	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021
levocetirizine	Levocetirizine dihcl focus tablet fo 5mg	16311183	Focus Care Pharmaceuticals B.V.	01/01/2021	31/12/2021
levocetirizine	Levocetirizine dihcl focus tablet fo 5mg	15748146	Focus Care Pharmaceuticals B.V.	01/01/2021	31/12/2021
levodopa met decarboxylaseremmer en comt-remmer <sup>3</sup>	Levodopa/carbidopa/entacap myl t f 200/50/200mg	16225104	Mylan b.v.	01/01/2021	31/12/2021
levofloxacin	Levofloxacin aurobindo tablet filmomhuld 500mg	15817415	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021
lisinopril	Lisinopril aurobindo tablet 10mg	16528425	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021
lisinopril	Lisinopril aurobindo tablet 10mg	16307747	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021
lisinopril	Lisinopril aurobindo tablet 20mg	16384601	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021
lisinopril	Lisinopril aurobindo tablet 20mg	16307755	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021
lisinopril	Lisinopril aurobindo tablet 30mg	16792289	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021
lisinopril	Lisinopril aurobindo tablet 5mg	16370279	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021
lisinopril	Lisinopril aurobindo tablet 5mg	16307739	Aurobindo pharma bv	01/01/2021	31/12/2021

## 6.3. Wanneer kunt u uw verzekering wijzigen of opzeggen?

### 6.3.1. Wijzigen

Wilt u uw basisverzekering wijzigen in onze andere basisverzekering? Dan moet u dit uiterlijk 31 januari aan ons doorgeven. Uw nieuwe verzekering gaat dan (met terugwerkende kracht) vanaf 1 januari in.

### 6.3.2. Jaarlijks opzeggen

U als verzekeringnemer kunt de zorgverzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen. U heeft dan tot 1 februari de tijd om een andere verzekeraar te zoeken, die u met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekert.

### 6.3.3. Tussentijds opzeggen

U als verzekeringnemer kunt de zorgverzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- Van een andere verzekerde als deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft gesloten. Als u de zorgverzekering opzegt vóór de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, dan gaat de opzegging in op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Als de opzegging later is ontvangen, dan gaat de opzegging in op de eerste dag van de tweede kalendermaand nadat wij de opzegging hebben ontvangen;
- Binnen zes weken nadat u een mededeling als bedoeld in artikel 78c, tweede lid, of artikel 92, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg over ons heeft ontvangen. De opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop u heeft opgezegd;
- Bij premie- en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- Als u bij ons deelnemer bent aan een collectieve overeenkomst van uw oude werkgever en kunt deelnemen aan een collectieve overeenkomst van uw nieuwe werkgever. U kunt de zorgverzekering dan opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. In dat geval gaan zowel de opzegging als de inschrijving in op de dag van indiensttreding bij de nieuwe werkgever als dat de eerste dag van de kalendermaand is, en zo niet, op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de datum van indiensttreding.

#### Opzegging bij 18e verjaardag

Als uw kind 18 jaar wordt, dan kunt u haar/zijn verzekering tussentijds opzeggen. Uw kind kan dan zelf een zorgverzekering sluiten.

### 6.3.4. Opzegservice

U kunt voor de opzegging van de verzekering zoals bedoeld in artikel 6.3.2 en 6.3.3 ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe zorgverzekering toestemming geeft om de oude zorgverzekering op te zeggen.

### 6.3.5. Wanneer kunt u niet opzeggen?

Als wij u een aanmaning hebben gestuurd voor een betalingsachterstand in de premie, dan kunt u uw zorgverzekering niet opzeggen gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan. U kunt de zorgverzekering wel opzeggen als wij de dekking hebben geschorst of binnen 2 weken uw opzegging bevestigen.

## 6.4. Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de zorgverzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- Als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.6;
- Als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- Als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- Als u heeft gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen zorgverzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de zorgverzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

## 6.5. Bewijs van einde

Als de zorgverzekering eindigt, dan ontvangt u een bewijs van einde met de volgende informatie:

- Naam, adres, woonplaats en het burgerservicenummer (BSN) van de verzekerde
- Naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer

## Artikel 16. Medisch specialistische zorg

### Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende (laboratorium)onderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt onder andere ook:

- Zorg door een trombosedienst
- Second opinion door een medisch specialist  
U heeft hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al heeft besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling.
- Dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis. Meer informatie over dialyse in de thuissituatie en de tegemoetkoming in de vergoeding van extra (stroom)kosten vindt u op onze website.
- Chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur. Meer informatie over een tegemoetkoming in de stroomkosten voor mechanische beademing in de thuissituatie vindt u op onze website.
- Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Medisch specialistische zorg omvat ook:

- Tot 1 juli 2022 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- Tot oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- Van 1 januari 2016 tot 1 december 2020 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische discectomie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- Van 1 april 2016 tot 1 augustus 2022 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- Van 1 oktober 2016 tot 1 januari 2022 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darm passage, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- Van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2022 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- Van 1 april 2019 tot 1 april 2023 CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- Van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023, de behandeling met Binamed medische zilverkleding of Dermacura antibacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027, hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027 nusinersen voor de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie die 9,5 jaar en ouder zijn, voor zover u deelneemt aan het onderzoek zoals hieronder vermeld.

Onder onderzoek verstaan wij:

- Hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door de Nederlandse organisatie voor gezondheids-onderzoek en zorginnovatie (ZonMW) wordt gefinancierd, en/of;

- Aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht als u:
  1. Wel voldoet aan de zorginhoudelijke criteria, maar niet voldoet aan de andere criteria voor deelname aan het onderzoek, of;
  2. niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of;
  3. heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor u is voltooid.

De minister van VWS heeft de mogelijkheid om viermaal per jaar zorg aan te merken als voorwaardelijk toegelaten zorg. Het is mogelijk dat bovengenoemd overzicht niet actueel is. Het geeft de stand van zaken weer voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Kijkt u voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering op onze website.

#### **U heeft geen recht op:**

- a. Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek
- b. Behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- c. Behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- d. Behandeling plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm
- e. Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als u een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die al is gestart voordat u de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt.

#### **Eigen risico**

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Voor verloskundige zorg door een gynaecoloog geldt het eigen risico niet. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer waarvan de kosten apart in rekening worden gebracht wel meetellen voor het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### **Hier kunt u terecht**

Bij een medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, dan mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysisch audioloog, klinisch technoloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

#### **Integrale geboortezorg**

Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Dit tarief mag de IGO alleen in rekening brengen als deze hiervoor een overeenkomst met ons heeft. Brengt de gynaecoloog aangesloten bij de IGO voor verloskundige zorg een apart tarief in rekening op grond van een NZa-beleidsregel? Dan vergoeden wij de nota tot maximaal de in Nederland geldende marktprijs.

#### **Let op**

Wij hebben op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg de zorgaanbieders gecontracteerd. Dit betekent dat wij bepaalde medisch specialistische zorg alleen inkopen bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria.

Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

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.

## Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, medisch specialist, kaakchirurg, GGD-arts, klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog of arts-assistent.

## Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

### Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?

U heeft toestemming nodig voor alle behandelingen genoemd op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch specialistische zorg. Het gaat o.a. om:

<b>Oogheelkunde:</b>	Refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties) en ooglidcorrecties
<b>KNO:</b>	Oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus
<b>Chirurgie:</b>	Gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten) en buikwandcorrecties
<b>Dermatologie</b>	Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen en vasculaire dermatosen (wijnvlekken)
<b>Gynaecologie:</b>	Vulvaire en vaginale afwijkingen
<b>Plastische chirurgie:</b>	Zie artikel 21 Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling.

Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u vooraf geen toestemming heeft gevraagd.

## Extra informatie

Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg en geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties worden uitgezonderd. U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

## Artikel 17. Revalidatie

### 17.1. Revalidatie

#### Dit krijgt u vergoed

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 16 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- Deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- U met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- De quickscan, als onderdeel van de vroege interventie (vroeg ingrijpen) bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met a-specifieke klachten worden die klachten bedoeld, waarvoor geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden;
- Oncologische revalidatie. Dit is zorg gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditie-

## Artikel 35. Geneesmiddelen

### Dit krijgt u vergoed

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

Deze zorg omvat ook:

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

### Geregistreerde geneesmiddelen

U heeft recht op 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. Heel soms is behandeling met een voorkeursgeneesmiddel medisch niet verantwoord en vermeldt uw arts 'medische noodzaak' op het recept. U heeft dan recht op een ander geneesmiddel.

#### Medische noodzaak

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

#### Voorkeursgeneesmiddelen en uw eigen risico

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

### Zelfzorgmiddelen

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

### Niet-geregistreerde geneesmiddelen

U heeft recht op 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, heeft u recht op een vervangend geneesmiddel uit het buitenland. Dit geneesmiddel moet met toestemming van de Inspectie van de Gezondheidszorg of met een tijdelijke vergunning van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen uit het buitenland zijn gehaald.

#### U heeft geen recht op:

- 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 reïsvaccinaties
- 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.

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

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.

## 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 overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan het door uw arts ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren. Uw apotheker beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw apotheek wilt inleveren, dan kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan vooraf toestemming vragen door het formulier rechtstreeks bij ons in te dienen. Kijk voor het adres op onze website.

2. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:
  - Een aantal doorgeleverde apotheekbereidingen (op maat gemaakte medicijnen). Dit zijn bereidingen die een apotheek maakt en aan uw apotheek levert;
  - Geneesmiddelen die uw arts speciaal voor u bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;

- Geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van uw behandelend arts zijn ingevoerd.

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

#### **Anticonceptiemiddelen**

Bent u jonger dan 21 jaar? Dan heeft u recht op 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). 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 implanostaafje door een huisarts of een medisch specialist. Voor het plaatsen of verwijderen van een spiraaltje mag u ook naar een daartoe gecertificeerde verloskundige.

## Artikel 36. Dieetpreparaten

### **Dit krijgt u vergoed**

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

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

- Lijdt aan een stofwisselingsstoornis
- Lijdt aan een voedselallergie
- Lijdt aan een resorptiestoornis
- Lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop of
- 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 specialiazaak ook wel een facilitair bedrijf genoemd.