

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor)

Zaaknummer: 202401243

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Leiden
  - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) op 21 oktober 2024 telefonisch gevraagd een uitspraak te doen. Bij brief van 28 oktober 2024 heeft de commissie dit aan hem bevestigd. Door middel van zijn brief van 4 november 2024 met bijlage heeft verzoeker zijn verzoek weergegeven. Op 5 november 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekering zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 9 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 januari 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker heeft bij brief van 30 januari 2025 verklaard hiervan geen gebruik te willen maken, waarbij hij aanvullend heeft gereageerd. Een kopie van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar is op 5 maart 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

### 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend \*\*\*\*, Aanvullend Tand \*\* en Extra Aanvullend Werknemer 11 (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om deze reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker gebruikt het geneesmiddel met de werkzame stof bicalutamide van Accord Health Care B.V. (hierna: Accord). Dit geneesmiddel is door de ziektekostenverzekeraar als preferent aangewezen. In januari 2024 kreeg verzoeker van zijn apotheek het geneesmiddel met dezelfde werkzame stof van Aurobindo ter hand gesteld. De ziektekostenverzekeraar heeft de - in vergelijking met het preferente geneesmiddel veel hogere - kosten van dit geneesmiddel ad € 215,01 ten laste van het verplicht eigen risico van verzoeker gebracht.

2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 7 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

### 3. Standpunt verzoeker

3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat (i) het verschil in kosten tussen een preferent en niet-preferent geneesmiddel niet een factor 7,5 mag bedragen en (ii) voor de eerdere terhandstelling van het niet-preferente geneesmiddel met terugwerkende kracht "een fatsoenlijk bedrag" met het verplicht eigen risico wordt verrekend.

3.2. Hij heeft hiertoe aangevoerd, in zijn brieven van 26 juni, 2 oktober en 4 november 2024 en 30 januari 2025, dat hij sinds januari 2022 bicalutamide 150 mg van Accord gebruikt. Per drie doosjes betaalt hij daarvoor € 28,68. In januari 2024 was dit preferente geneesmiddel volgens de apotheek niet leverbaar. Daarom kreeg hij het geneesmiddel van Aurobindo geleverd. Vervolgens ontving verzoeker voor drie doosjes een rekening voor een "eigen bijdrage", waarmee verzoeker - zo begrijpt de commissie - bedoelt: het (verplicht) eigen risico, van € 215,01. Verzoeker stelt dat het verschil in prijs tussen een preferent en niet-preferent geneesmiddel niet zo groot - te weten € 186,33 ofwel een factor 7,5 - mag zijn. Van de apotheek heeft verzoeker de schriftelijke bevestiging gekregen dat het geneesmiddel van Accord op 29 januari 2024 niet bij de groothandel beschikbaar was. In mei 2024 had verzoeker opnieuw medicatie nodig. Omdat hij niet weer hetzelfde bedrag wilde betalen heeft hij telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Hem werd meegedeeld dat het geneesmiddel van Accord wederom niet leverbaar was en dat hij het geneesmiddel van het merk Aurobindo mocht accepteren. Daarna bleek dat de variant van Accord wel door de apotheker kon worden geleverd. Hieruit blijkt dat de ziektekostenverzekeraar niet altijd kan bepalen of een preferent geneesmiddel wel of niet leverbaar is. De ziektekostenverzekeraar vindt het daarnaast kennelijk economisch verantwoord dat er zeer grote prijsverschillen tussen preferente en niet-preferente geneesmiddelen bestaan. Dit verstoort echter de marktwerking.

### 4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de in het geding zijnde declaratie op de juiste wijze is afgewikkeld. Hij heeft hiertoe in zijn brief van 7 juni 2024 aangevoerd dat de apotheek op 29 januari 2024 geen voorraad had van bicalutamide van Accord. Daarom werd aan hem het merk Aurobindo geleverd. Omdat Accord het voorkeursgeneesmiddel is wordt een korting toegepast op de prijs. Zonder deze korting zijn de kosten van het geneesmiddel nagenoeg gelijk. De korting wordt niet toegepast op een ander merk dan het voorkeursgeneesmiddel. Dat gebeurt enkel als sprake is van een landelijk tekort van het voorkeursgeneesmiddel. Hiervan was op 29 januari 2024 geen sprake.

4.2. In zijn brieven van 18 september 2024 en 18 oktober 2024 aan de Ombudsman heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de hoogte van het bedrag dat ten laste is gebracht van het eigen risico, de prijs van het geneesmiddel van Aurobindo volgens medicijnkosten.nl is. De verrekening met het eigen risico is voor verzoeker hoog uitgevallen maar verzoeker maakte in 2024 zijn eigen risico vol. Hij ondervindt daarom geen financieel nadeel. De ziektekostenverzekeraar heeft verwezen naar zijn website waar meer uitleg staat over een geneesmiddelentekort. Verzoeker had informatie over of er sprake was van een landelijk tekort op kunnen vragen bij de ziektekostenverzekeraar, zijn apotheek of via de website van Farmanco.

4.3. In zijn brief van 9 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de basisverzekering voor iedereen van 18 jaar en ouder een verplicht eigen risico kent van € 385,-. Van het geneesmiddel met de werkzame stof bicalutamide worden alle merken volledig vergoed vanuit de zorgverzekering. Als gevolg van gemaakte prijsafspraken tussen de ziektekostenverzekeraars en leveranciers zijn er grote prijsverschillen tussen de verschillende

merken. De bedongen lagere prijs met leverancier Accord is een voordeel voor verzoeker. Als deze afspraken er niet zouden zijn, zou verzoeker altijd een hogere prijs voor het geneesmiddel betalen. Vanwege leveringsproblemen kon verzoeker tijdelijk geen gebruik van het voordeel maken.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding om het in rekening gebrachte eigen risico aan te passen. Bovendien maakt dit per saldo in de situatie van verzoeker geen verschil omdat de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 1.756,82 vanuit de basisverzekering heeft vergoed. Ook zonder de kosten van bicalutamide van Aurobindo zal bij verzoeker het volledige bedrag van € 385,- in rekening worden gebracht.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat in de overeenkomst met de apotheker het volgende is opgenomen over het preferentiebeleid: *"Binnen het door Zilveren Kruis aangewezen preferente assortiment is de Zorgaanbieder in basis gehouden om het preferent aangewezen merk geneesmiddel te verstrekken. Het is deZorgaanbieder toegestaan af te wijken van het preferentiebeleid als deze afwijking aantoonbaar het gevolg is van:*
- Een voor de verzekerde medische noodzakelijkheid om een ander merk of vorm van een geneesmiddel te gebruiken dan door Zilveren Kruis is aangewezen binnen haar preferentiebeleid. Het is in een dergelijk geval de professionele verantwoordelijkheid van de Zorgaanbieder dat de verzekerde het niet preferent gestelde geneesmiddel krijgt indien dat noodzakelijk is. Voor meer informatie over medische noodzaak zie bijlage Medische Noodzaak op [www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders](http://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders).
  - Het tijdelijk niet leverbaar zijn van preferente middelen, waarvoor geen alternatief is aangewezen."

De apotheek mag derhalve een niet-preferent geneesmiddel afleveren als er een tekort is aan het preferente geneesmiddel. De apotheek krijgt dan het volledige bedrag voor het geleverde geneesmiddel vergoed. Dit heeft echter wel invloed op het eigen risico van degene die het niet-preferente geneesmiddel geleverd krijgt.

- 4.6. In artikel 5 van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor farmaceutische zorg is bepaald dat een apotheker informatie dient te verstrekken voorafgaand aan of tijdens de terhandstelling ter bevordering van goed geneesmiddelengebruik. Hieruit volgt dat de apotheker bij wijziging van merk ervoor zorg dient te dragen dat dit bekend is bij de gebruiker van het geneesmiddel.
- 4.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij ten onrechte, in zijn heroverweging van 7 juni 2024, heeft gesteld dat bij een landelijk tekort van een geneesmiddel, de voor dat middel bedongen korting ook op het alternatieve geneesmiddel wordt toegepast. De ziektekostenverzekeraar laat deze stelling vallen. Hij benadrukt dat het niet-preferente geneesmiddel volledig wordt vergoed. Dit heeft wel zijn weerslag op het eigen risico. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de kostprijs die de apotheek in rekening brengt. Door het preferentiebeleid betaalt een verzekerde een lagere prijs voor een geneesmiddel. Bij verstrekking van een ander middel kan dat voordeel niet worden gerealiseerd. De prijs van het geneesmiddel van Aurobindo en Accord ligt, zonder korting, dicht bij elkaar. Enkel door de prijsafspraken zijn de kosten voor verzoeker aanzienlijk lager. De apotheek zou aan verzoeker moeten melden dat een ander merk geleverd wordt. Daarbij zou hij ook kunnen vermelden dat er een prijsverschil is tussen de merken. Hierover zijn echter geen harde afspraken met apothekers gemaakt.

## 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.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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 het eigen risico en farmaceutische zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

### Zorgverzekering

- 6.2. Een verzekeraar mag op grond van artikel 2.8, eerste lid, onder a, in verband met artikel 2.8, derde lid, Bzv een zogeheten preferentiebeleid voeren. Voert de verzekeraar een dergelijk beleid, dan vormt dit een wezenlijk onderdeel van de overeenkomst van zorgverzekering. In het kader van de transparantie moet daarom, bij het aangaan of de verlenging van deze overeenkomst, het bestaan van een dergelijk beleid via de verzekeringsvoorwaarden kenbaar worden gemaakt. Tevens moeten kenbaar worden gemaakt de consequenties van dit beleid voor de verzekerden, met name door publicatie van een lijst met door de verzekeraar als preferent aangewezen geneesmiddelen. Elke wijziging hierin lopende een verzekeringsjaar moet tijdig aan de verzekeringnemers worden medegedeeld, een en ander overeenkomstig artikel 19 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-022) van de Nederlandse Zorgautoriteit.
- 6.3. Indien de verzekeraar een preferent geneesmiddel heeft aangewezen, dan geldt - als hoofdregel - dat de apotheek dit middel aan de verzekerde ter hand stelt. Hierop wordt op grond van de wet- en regelgeving en de verzekeringsvoorwaarden een uitzondering gemaakt als de behandeling met het preferente geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is. In dit geval heeft ziektekostenverzekeraar uiteengezet dat conform het contract tussen de hem en de apotheek ook van het preferentiebeleid mag worden afgeweken als het preferente geneesmiddel tijdelijk niet leverbaar is en - door de ziektekostenverzekeraar - geen alternatief is aangewezen.
- 6.4. In artikel B.4 van de verzekeringsvoorwaarden is het preferentiebeleid van de ziektekostenverzekeraar opgenomen. Hieruit volgt dat de ziektekostenverzekeraar voor bepaalde werkzame stoffen kiest voor een voorkeursgeneesmiddel. Verzoeker gebruikt het geneesmiddel met de werkzame stof bicalutamide. Voor deze werkzame stof in de sterkte van 150 mg is door de ziektekostenverzekeraar voor 2024 het geneesmiddel van Accord als voorkeursgeneesmiddel aangewezen. Verzoeker heeft een print screen en verklaring van zijn apotheek overgelegd waaruit blijkt dat op 29 januari 2024 het geneesmiddel van Accord niet beschikbaar was bij de groothandel. Om deze reden heeft de apotheek het geneesmiddel van Aurobindo aan hem ter hand gesteld.
- 6.5. De commissie overweegt dat bicalutamide 150 mg van Accord en Aurobindo beide door de minister van VWS zijn aangewezen en zijn opgenomen in de bijlage bij de Rzv. Daarmee is sprake van verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering. Dat verzoeker op het gebruik van een geneesmiddel met deze werkzame stof in deze sterkte was aangewezen vormt geen onderwerp van discussie. Als onbetwist staat vast dat de apotheek het voorkeursgeneesmiddel op 29 januari 2024 niet kon leveren en dat de apotheek - op grond van de met de ziektekostenverzekeraar gemaakte afspraken - daarom aan verzoeker het niet-preferente geneesmiddel ter hand mocht stellen. Of op dat moment sprake was van een landelijk tekort doet niet ter zake nu de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft verklaard bij een landelijk tekort de korting niet zonder meer toe te passen op een niet-preferent geneesmiddel. Of en op welke wijze verzoeker door de apotheek is geïnformeerd of geïnformeerd had moeten worden over de hogere kosten en de mogelijke gevolgen voor het eigen risico vormt geen onderwerp van deze procedure. De commissie is niet bevoegd te oordelen in de relatie tussen verzoeker en de apotheek. Vaststaat dat de apotheek de kosten van het aan verzoeker geleverde niet-preferente geneesmiddel van Aurobindo mocht declareren en dat deze ten behoeve van verzoeker door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering.

- 6.6. De commissie stelt vast dat verzoeker voor het jaar 2024 een verplicht eigen risico had van € 385,-. Dit volgt uit artikel 6.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering en is gebaseerd op artikel 19 Zvw. Het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op het recht op zorg. Het gaat hierbij om de kosten die in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering worden gemaakt. Ten tijde van het declaratieoverzicht van 10 april 2024 was dit eigen risico niet geheel 'volgemaakt'. Daarnaast geldt dat de kosten van farmaceutische zorg niet zijn uitgesloten van het verplicht eigen risico. Partijen zijn over dit alles niet verdeeld.  
De commissie concludeert dat nu vergoeding van het niet-preferente geneesmiddel heeft plaatsgevonden ten laste van de zorgverzekering, het bedrag van € 215,01 terecht is verrekend met het verplicht eigen risico 2024.
- 6.7. De stelling van verzoeker dat het verschil in kosten tussen een preferent en niet-preferent geneesmiddel niet een factor 7,5 mag bedragen is door hem verder niet onderbouwd en mist bovendien een feitelijke grondslag. De commissie overweegt dat, zoals hiervoor onder 6.2 is overwogen, het de ziektekostenverzekeraar is toegestaan om een preferentiebeleid te voeren. In dat kader mag hij met een fabrikant een korting bedingen. Het is niet aan de commissie te treden in de beoordeling van de vraag tot welke verschillen in prijzen voor de verschillende merken dit mag leiden.
- 6.8. De commissie heeft er begrip voor dat een verzekerde, zoals verzoeker, in een situatie als de onderhavige financieel nadeel kan ondervinden door het tijdelijk niet beschikbaar zijn van het voorkeursgeneesmiddel. Zoals hiervoor is uiteengezet, zijn de kosten voor het aan verzoeker geleverde niet-preferente geneesmiddel gemaakt en ten laste van de zorgverzekering gebracht. Niet valt in te zien waarom onder deze omstandigheden een lager bedrag zou moeten worden verrekend met het verplicht eigen risico.

*Slotsum*

- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## 7. **Bindend advies**

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 maart 2025,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

**Informatie voor partijen**

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

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

**BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

---

# Besluit zorgverzekering

---

## Artikel 2.1

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

## Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
  - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
  - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
    - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
    - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet,
    - 3°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners,
    - 4°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
    - 5°. artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;
  - c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
2. Farmaceutische zorg omvat geen:

- a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
  - b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
  - c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
  - d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
  - e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.
3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.
  4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.
  5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.

In die ministeriële regeling wordt tevens de aanvraagprocedure voor de aanwijzing geregeld, worden regels gesteld met betrekking tot de systematiek van de indeling in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen en worden regels gesteld met betrekking tot de vaststelling van een vergoedingslimiet voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.

6. In afwijking van het vijfde lid kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat voor bij die regeling aangewezen groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen de vergoedingslimiet kan worden herberekend of buiten werking kan worden gesteld.



---

# Zorgverzekeringswet

---

## 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.

## Hoe vindt u de zorg die u zoekt?

Uw zorg kan vergoed worden uit uw basisverzekering en/of uw aanvullende verzekering(en). De verzekerde zorg van de basisverzekeringen vindt u in hoofdstuk [B. Verzekerde zorg basisverzekeringen](#). De vergoedingen van de aanvullende verzekeringen vindt u in hoofdstuk [D. Vergoedingen Basis Plus Module en Aanvullend 1, 2, 3 en 4 sterren](#).

### Let op!

Het kan zijn dat uw zorg uit zowel de basisverzekering als uw aanvullende verzekering vergoed wordt. U moet dan op meerdere plaatsen in deze voorwaarden zoeken om de totale vergoeding te vinden. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering komt boven op de vergoeding vanuit de basisverzekering.

## Toestemming nodig?

Bij een aantal vergoedingen staat, dat wij u vooraf toestemming moeten verlenen. U kunt deze toestemming telefonisch of online bij ons aanvragen. Voor meer informatie over toestemming kunt u terecht op onze website of kunt u contact met ons opnemen.

## Verplicht eigen risico

De basisverzekering kent voor iedereen van 18 jaar en ouder een verplicht eigen risico. Het verplicht eigen risico voor 2024 is door de overheid vastgesteld op € 385,-. U betaalt geen eigen risico voor:

- zorg die wordt vergoed vanuit uw aanvullende verzekering(en);
- zorg van een huisarts;
- zorg voor kinderen tot 18 jaar;
- bruikleenartikelen met uitzondering van onderhouds- en gebruikskosten;
- kraamzorg en verloskundige hulp (geen geneesmiddelen, bloeddrukonderzoeken of ziekenvervoer);
- ketenzorg;
- nacontrole van de donor;
- de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
- de kosten van verpleging en verzorging in de eigen omgeving.

In artikel [A.6 Wat is uw verplicht eigen risico?](#) leest u meer over het verplicht eigen risico.

## Vrijwillig gekozen eigen risico

Naast het verplicht eigen risico kunt u kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Dit betekent dat u uw eigen risico kunt verhogen met € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,-. Uw premie voor de basisverzekering wordt hierdoor lager. In artikel [A.7 Wat is een vrijwillig gekozen eigen risico?](#) leest u meer over het vrijwillig gekozen eigen risico.

#### 5.4 Verplichtingen als u zelf nota's declareert

Ontvangt u zelf nota's van een zorgverlener, zorginstelling of leverancier? Stuur ons dan de originele en duidelijk gespecificeerde nota's (bewaart u een kopie voor uw eigen administratie). U kunt de originele nota's ook scannen en digitaal bij ons aanleveren via de [Declaratie-app](#) of Mijn Zilveren Kruis. Wij accepteren geen kopienota's, herinneringen, pro-formanota's, begrotingen, kostenramingen, niet volledig gebruikte 'rittenkaarten' (vooruitbetaling van meerdere behandelingen in een keer tegelijk) en dergelijke. Wij vergoeden alleen wanneer wij een originele en duidelijk gespecificeerde nota voorzien van de behandelcode hebben ontvangen. De behandelcodes worden opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Indien u een nota van een zorgverlener zelf heeft betaald, kunnen wij u verzoeken om een betaalbewijs. Dit geldt ook wanneer u de nota van de zorgverlener contant heeft betaald. Als wij u verzoeken om een betaalbewijs of de originele nota en u ons hiervan niet kan voorzien, wijzen wij uw declaratie (alsnog) af en krijgt u hierover bericht. Een zorgnota kwalificeert niet als betaalbewijs, hierbij moet u bijvoorbeeld denken aan een schriftelijke bevestiging van de zorgaanbieder, pintransactie of bankafschrift.

Declareert u (verzekeringnemer) de nota's digitaal? Dan bent u (verzekeringnemer) verplicht de originele nota's en betaalbewijzen te bewaren tot 2 jaar nadat wij deze hebben ontvangen. Het kan zijn dat wij deze originele nota's en betaalbewijzen bij u opvragen.

Op de nota moet een geldige persoonlijke AGB-code vermeld staan indien:

- het op basis van wet- en regelgeving voor de zorgverlener verplicht is om een AGB-code te hebben voor het verlenen van de zorg die u heeft ontvangen; of
- het op basis van deze polisvoorwaarden voor vergoeding van de zorg verplicht is dat de zorgverlener een AGB-code heeft voor de zorg die u heeft ontvangen.

De zorgverlener die u behandelt, moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Is de zorgverlener een rechtspersoon (zoals een stichting, maatschap of bv)? Dan moet op de nota specifiek staan wie (bijvoorbeeld welke arts of specialist) u heeft behandeld. U kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen.

#### 5.5 Verplichting: binnen een bepaalde tijd declareren

Zorg ervoor dat u uw nota's zo snel mogelijk bij ons declareert. Doe dit in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld.

##### Let op!

Om te bepalen of u recht heeft op de zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is.

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling bepalend voor het recht op zorg. Op het startmoment moet u bij ons verzekerd zijn. Wilt u weten wat voor uw situatie geldt? Neem dan contact met ons op.

Declareert u nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld? Dan kunt u een lagere vergoeding krijgen dan waar u volgens de voorwaarden recht op had. Wij nemen nota's niet in behandeling, als u deze later declareert dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg. Dit volgt uit artikel 942, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

#### 5.6 Verplichting: geef wijzigingen in uw situatie binnen 1 maand aan ons door

Verandert er iets in uw persoonlijke situatie? Of in die van een van de andere verzekerden? Dan moet u (verzekeringnemer) dat binnen 1 maand aan ons doorgeven. Het gaat hierbij om alle gebeurtenissen die van betekenis kunnen zijn voor een juiste uitvoering van de basisverzekering. Denk aan eindigende verzekeringsplicht, verhuizing naar het buitenland, wijziging van uw rekeningnummer (IBAN), echtscheiding, overlijden of langdurig verblijf in het buitenland. Als wij aan u (verzekeringnemer) een bericht sturen aan uw laatst bekende (e-mail)adres, dan mogen wij ervan uit gaan dat dit bericht u (verzekeringnemer) heeft bereikt.

##### Let op!

Verhuist u binnen Nederland? Dan moet u dit tijdig doorgeven aan uw gemeente. Voor onze administratie is de Basisregistratie Personen (BRP) leidend.

## A.6 Wat is uw verplicht eigen risico?

### 6.1 Als u 18 jaar of ouder bent betaalt u de eerste € 385,- van uw zorgkosten zelf

Als u 18 jaar of ouder bent en premie verschuldigd bent, heeft u een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. De overheid bepaalt hoe hoog dit bedrag is. In 2024 is het verplicht eigen risico € 385,- per verzekerde per kalenderjaar.

Wij brengen het verplicht eigen risico in mindering op uw recht op zorg. Het gaat hierbij om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u wordt behandeld in een ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Dan vergoeden wij deze kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U (verzekeringnemer) ontvangt vervolgens een nota van ons van € 385,-.

##### Let op!

Fysiotherapeutische behandelingen voor een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst "Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering" ([B.1 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck](#)) worden altijd verrekend met het eigen risico. Als de behandeling doorloopt in het volgende jaar, dan begint het eigen risico weer opnieuw te tellen.

## 6.2 Voor sommige zorgkosten geldt geen verplicht eigen risico

Wij houden geen verplicht eigen risico in op:

- a. de kosten van zorg of overige diensten die in 2024 zijn gemaakt, maar waarvan wij de nota's pas na 31 december 2025 ontvangen, tenzij het aan u te wijten is dat de rekening niet voor die dag is ingediend;
- b. de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden. De volgende zorg vormt hierop een uitzondering:
  - de kosten van zorg die samenhangt met de zorg die huisartsen plegen te bieden, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld;
  - zorg zoals huisartsen plegen te bieden maar die op grond van artikel [B.42 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen \(gzsp\)](#) wordt verleend door een specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten.
- c. de directe kosten voor verloskundige zorg, kraamzorg en counseling, de NIPT en invasieve diagnostiek (bijv. vlokentest en vruchtwaterpunctie) ([B.34 Prenatale screening](#)). Hiermee samenhangende kosten, zoals de kosten van geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek (in andere gevallen dan in het kader van de NIPT en invasieve diagnostiek) of ziekenvervoer tellen wel mee voor het eigen risico;
- d. de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan wij:
  - het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
  - vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling. Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met uw huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft;
- e. de kosten van nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar;
- f. de eventuele zorgkosten van de donor na de genoemde periode onder e., wanneer deze kosten verband houden met de opname voor donatie;
- g. de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
- h. de kosten van ketenzorg die gedeclareerd worden volgens de beleidsregel Prestatiebesteding multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg;
- i. de kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden volgens artikel [B.26 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving \(extramuraal\)](#);
- j. de kosten van gecombineerde leefstijlinterventies zoals omschreven in artikel [B.36 Gecombineerde leefstijlinterventie voor verzekerden van 18 jaar en ouder](#).

## 6.3 Verplicht eigen risico is vrijgesteld

Van het verplicht eigen risico hebben wij de volgende kosten vrijgesteld:

- a. de directe kosten van de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek;
- b. de kosten van het stoppen-met-rokenprogramma en eventuele farmacotherapeutische interventies vallend onder artikel [B.40 Stoppen-met-rokenprogramma](#). Dit geldt alleen wanneer u het programma en eventuele farmacotherapeutische interventies afneemt bij een gecontracteerde zorgverlener, anders dan een huisarts, medisch specialist of klinisch psycholoog;
- c. de kosten die verbonden zijn aan het opzetten en uitvoeren van de coördinatiefunctie verblijf en die aan verzekerden worden doorbelast.

## 6.4 Zorgkosten die wij niet vergoeden tellen niet mee voor het verplicht eigen risico

In sommige gevallen betaalt u zelf een deel van de zorg vanuit de basisverzekering. Bijvoorbeeld bij kraamzorg en bepaalde medicijnen. Deze bedragen staan los van het verplicht eigen risico en tellen dus niet mee voor het volmaken van de € 385,- aan verplicht eigen risico die wij inhouden.

## 6.5 Verplicht eigen risico gaat in als u 18 jaar wordt

Wordt u 18 jaar in de loop van het kalenderjaar? Dan gaat uw verplicht eigen risico in op de eerste dag van de maand die volgt op de kalendermaand waarin u 18 jaar wordt. Hoe hoog uw verplicht eigen risico dan is, hangt af van over hoeveel dagen wij verplicht eigen risico mogen inhouden.

## 6.6 Verplicht eigen risico als uw basisverzekering later ingaat

Gaat uw basisverzekering in na 1 januari? Dan berekenen wij uw verplicht eigen risico op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar verzekerd bent.

## 6.7 Verplicht eigen risico als uw basisverzekering eerder eindigt

Eindigt uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar? Dan berekenen wij uw verplicht eigen risico op basis van het aantal dagen van het kalenderjaar dat u wel verzekerd was.

## 6.8 Verplicht eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling ook bepalend voor het verplicht eigen risico dat wij moeten toepassen. Meer over de vergoedingen bij DBC's leest u in artikel [5.5](#) van deze algemene voorwaarden. In het buitenland wordt een behandeling niet gedeclareerd in de vorm van een DBC. De behandeldatum is in dat geval bepalend voor het eigen risico dat wij toepassen.

## 6.9 Verplicht eigen risico in mindering brengen

Ontvangt u zorg van een gecontracteerde zorgverlener of een zorgverlener met wie wij een betaalovereenkomst hebben? Dan vergoeden wij de kosten van die zorg direct aan de zorgverlener of zorginstelling. Heeft u nog een bedrag aan verplicht eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag worden verrekend of bij u worden teruggevorderd. Dit kan ook verrekend worden met declaraties ten laste van uw Zvw-pgb. Wij innen het bedrag via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

## A.7 Wat is een vrijwillig gekozen eigen risico?

### 7.1 U kunt kiezen voor een vrijwillig eigen risico

Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar of ouder kiezen voor een vrijwillig eigen risico. U kunt in uw basisverzekering kiezen voor geen vrijwillig eigen risico of voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Kiest u voor een vrijwillig eigen risico? Dan krijgt u een korting op uw premie. Hoeveel korting u krijgt, ziet u in het 'Premieoverzicht 2024' op onze website. Dit overzicht maakt deel uit van deze polis.

### 7.2 Gevolg vrijwillig gekozen eigen risico

Wij brengen het vrijwillig gekozen eigen risico in mindering op uw vergoeding. Dit doen wij nadat wij het volledige verplicht eigen risico hierop in mindering hebben gebracht. Het gaat om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u (verzekeringnemer) kiest naast het verplicht eigen risico voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-. Hierdoor is uw totale eigen risicobedrag (€ 385,- + € 500,- =) € 885,-. Ontvangt uw zorgverlener € 950,- van ons voor zorg die u heeft ontvangen? Dan brengen wij hierop het totale eigen risicobedrag in mindering. Deze € 885,- wordt automatisch van de rekening van de verzekeringnemer afgeschreven (zie ook artikel [6.9](#)).

### 7.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen vrijwillig gekozen eigen risico

Wij houden geen vrijwillig gekozen eigen risico in op:

- a. de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld. Daarnaast is ook uitgezonderd de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden maar die op grond van artikel [B.42 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen \(gzsp\)](#) wordt verleend door een specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten;
- b. de directe kosten voor verloskundige zorg, kraamzorg en counseling, de NIPT en invasieve diagnostiek (bijv. vlokkentest en vruchtwaterpunctie) ([B.34 Prenatale screening](#)). Hiermee samenhangende kosten, zoals de kosten van geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek (in andere gevallen dan in het kader van de NIPT en invasieve diagnostiek) of ziekenvervoer tellen wel mee voor het eigen risico;
- c. de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan we:
  - het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
  - vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling. Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met een huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft;
- d. nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar;
- e. de eventuele zorgkosten van de donor na de genoemde periode onder d., wanneer deze kosten verband houden met de opname voor donatie;
- f. de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
- g. ketenzorg die gedeclareerd wordt volgens de Beleidsregel prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg;
- h. de kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden volgens artikel [B.26 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving \(extramuraal\)](#);
- i. de kosten van gecombineerde leefstijlinterventies zoals omschreven in artikel [B.36 Gecombineerde leefstijlinterventie voor verzekerden van 18 jaar en ouder](#).

### 7.4 Vrijwillig gekozen eigen risico is vrijgesteld

Van het vrijwillig gekozen eigen risico hebben wij de volgende kosten vrijgesteld:

- a. de directe kosten van de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek;
- b. de kosten van het stoppen-met-rokenprogramma en eventuele farmacotherapeutische interventies vallend onder artikel [B.40 Stoppen-met-rokenprogramma](#). Dit geldt alleen wanneer u het programma en eventuele farmacotherapeutische interventies afneemt bij een gecontracteerde zorgverlener, anders dan een huisarts, medisch specialist of klinisch psycholoog;
- c. de kosten die verbonden zijn aan het opzetten en uitvoeren van de coördinatiefunctie verblijf en die aan verzekerden worden doorbelast.

### 7.5 Zorgkosten die wij niet vergoeden tellen niet mee voor het vrijwillig gekozen eigen risico

In sommige gevallen betaalt u zelf een deel van de zorg vanuit de basisverzekering. Bijvoorbeeld bij kraamzorg en bepaalde medicijnen. Deze bedragen staan los van het vrijwillig gekozen eigen risico en tellen dus niet mee voor het gekozen bedrag aan eigen risico dat wij inhouden.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](http://zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op.

## Hulpmiddelen

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een combinatieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

### B.3 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

- levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding;
- het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;
- een eventueel reservehulpmiddel.

#### Voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen

De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of kunt u bij ons opvragen. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u vooraf onze toestemming vragen, behalve als het gaat om stoma-voorzieningen en/of katheters en toebehoren. In sommige gevallen worden de hulpmiddelen in bruikleen aan u gegeven. Dit staat in het Reglement Hulpmiddelen. In dat geval wijken wij af van dit artikel onder a en artikel [A.2.1 Recht op zorg](#).

#### Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Heeft u een hulpmiddel nodig dat deel uitmaakt van medisch-specialistische zorg? Dan heeft u geen recht op hulpmiddelen op basis van dit artikel. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel [B.28](#).

#### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

##### Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](http://zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op.

## Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een combinatieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

### B.4 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;
- advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.



#### **U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:**

- a. de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg. GVS staat voor Geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden en wat de maximale vergoeding is. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract heeft afgesloten of een apotheek zonder contract; en
- b. andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:
  - geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheek in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;
  - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van de Geneesmiddelenwet;
  - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
  - geneesmiddelen die volgens 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 zijn gebracht, wanneer het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel 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
  - geneesmiddelen die volgens artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel 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; en
- c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

#### **Wettelijke eigen bijdrage**

Kost een geneesmiddel meer dan de vergoedingslimiet die in het GVS is opgenomen? Dan betaalt u deze kosten (bovenlimietprijs) zelf. Deze wettelijke eigen bijdrage op geneesmiddelen is gemaximeerd tot € 250,- per persoon per kalenderjaar. Bent u niet een heel kalenderjaar verzekerd bij ons? Dan berekenen wij de maximale wettelijke eigen bijdrage op geneesmiddelen op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar bij ons verzekerd bent.

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Een omschrijving van deze (deel)prestaties vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg. Op onze website vindt u daarnaast een overzicht van de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten. Bovendien vindt u hier ook de geregistreerde geneesmiddelen die wij hebben aangewezen als “preferent”. Uiteraard kunt u deze informatie ook bij ons opvragen.

#### **Voorwaarden voor het recht op geneesmiddelen en dieetpreparaten**

1. De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
2. Een apotheek moet de geneesmiddelen leveren. Voor de levering van dieetpreparaten contracteren wij medische speciaalzaken. Een apotheek mag de dieetpreparaten ook leveren, maar dan is de vergoeding conform de polisvoorwaarden voor niet-gecontracteerde zorg. Meer hierover leest u in [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)
3. Zijn er op basis van werkzame stof, sterkte en toedieningsroute identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan heeft u alleen recht op de geneesmiddelen die wij op basis van het preferentiebeleid hebben aangewezen of het geneesmiddel dat de apotheek heeft aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op een niet-aangewezen geneesmiddel. De voorschrijver (zie onder 1) moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische indicatie en moet dit kunnen onderbouwen. Meer informatie hierover leest u in de Begrippenlijst van het Reglement Farmaceutische Zorg.
4. U heeft alleen recht op dieetpreparaten als:
  - a. u een aandoening heeft waarbij toediening van deze preparaten een essentieel onderdeel is van adequate zorg;
  - b. u niet kunt uitkomen met normale aangepaste voeding en/of dieetproducten;
  - c. is voldaan aan de aanvullende voorwaarden voor vergoeding die staan in bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. Bijlage 2 wordt regelmatig gewijzigd. Ook tijdens het lopende polisjaar. U kunt de meest actuele bijlage met de voorwaarden vinden op internet: [wetten.overheid.nl](http://wetten.overheid.nl); tik in het zoekvenster Regeling zorgverzekering; klik op Zoeken; klik op Regeling zorgverzekering; Klik in de inhoudsopgave op Bijlage 2;
  - d. als ze zijn voorgeschreven door een arts of diëtist. De apotheker of medisch speciaalzaak stelt aan de hand van de door uw arts of diëtist ingevulde 'Verklaring dieetpreparaten' vast of aan de voorwaarden is voldaan.

In artikel 4.4 van het Reglement Farmaceutische Zorg staan nog een aantal aanvullende bepalingen voor het recht op specifieke geneesmiddelen. U heeft alleen recht op deze geneesmiddelen als u voldoet aan deze bepalingen.

#### **Voorwaarden voor het recht op (deel)prestaties**

Voor een aantal (deel)prestaties stellen wij aanvullende eisen aan de kwaliteit van de zorgverlening en/of randvoorwaarden voor welke farmaceutische zorg u mag declareren. U heeft alleen recht op deze deelprestaties als aan deze aanvullende eisen is voldaan. In het Reglement Farmaceutische Zorg leest u, voor welke (deel)prestaties deze voorwaarden gelden.

## Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar

### Let op!

Bij plaatsing door een gynaecoloog wordt zowel de plaatsing als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. U betaalt dan eigen risico. Bij plaatsing door een huisarts of verloskundige worden, zowel de plaatsing, als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. Het eigen risico geldt dan alleen voor de spiraal. Voor de plaatsing van de spiraal door de huisarts of verloskundige is geen eigen risico verschuldigd.

### Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op de volgende geneesmiddelen en/of (deel)prestaties farmacie:

- anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder, tenzij er een medische indicatie voor is. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies);
- geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat u daar geen recht op heeft;
- geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, derde lid, onder b van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die staan in artikel 40, derde lid, onder f van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen;
- alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg;
- homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen;
- niet geregistreerde allergenen, tenzij de behandeling met een geregistreerd allergeen niet mogelijk is. U heeft alleen recht op een niet geregistreerd allergeen op basis van een door ons afgegeven machtiging op individuele basis.

### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

#### Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](http://zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op.

## Mond en tanden (mondzorg)

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een combinatieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

U heeft recht op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprotheticen, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van [B.5](#) tot en met [B.12](#)) gaan wij hierop in.

### B.5 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, dat u zonder orthodontische behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder deze aandoening? Dan heeft u recht op deze behandeling.

#### Let op!

In andere gevallen valt orthodontie niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende verzekering afsluiten.

#### N.B.

Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar.

### Voorwaarden voor het recht op orthodontie in bijzondere gevallen

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor een behandeling? Dan moet uw tandarts, huisarts, kaakchirurg of medisch specialist u hebben doorverwezen.
- U heeft een blijvende ontwikkelings- of groeistoornis die leidt tot een ernstige functiebeperking en deze is in ernst vergelijkbaar met een lip-, kaak- of verhemeltespleet (schisis).
- Voor deze behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting, lichtfoto's en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

### Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- reparatie of vervanging van een bestaande orthodontische voorziening indien u deze verliest of beschadigt door uw eigen schuld of nalatigheid;
- vacuümgevormde beugels, aligners.