

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea  
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Farmaceutische zorg, Crestor® 20 mg, preferentiebeleid, medische noodzaak

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlage 1 en 2  
Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021

Zaaknummer : 202101162

Zittingsdatum : 6 april 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
  - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 6 november 2021 heeft verzoekster 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 22 november 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 2 februari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 3 februari 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 3 maart 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022004777) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 7 maart 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster heeft op 12 februari 2022 verklaard niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 maart 2022 verklaard telefonisch te willen worden gehoord. De commissie heeft hierop verzoekster opnieuw gevraagd of zij wenst te worden gehoord. Verzoekster heeft op 16 maart 2022 verklaard dat zij bij haar standpunt blijft om niet te willen worden gehoord.
- 2.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennismaken van het volledige dossier. De ziektekostenverzekeraar is op 6 april 2022 door twee leden van de commissie gehoord en is over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen gestuurd.
- 2.6. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht hetgeen door hem ter zitting over - kort gezegd - de 5% afwijkingsmogelijkheid is verklaard op schrift te zetten. Bij brief van 12 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar de gevraagde informatie overgelegd. Een kopie hiervan is op 13 april 2022 aan verzoekster gestuurd die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 21 april 2022 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting en afschriften van de reacties van 12 april 2022 en 21 april 2022 zijn op 22 april 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee

te delen of het voorlopig advies van 3 maart 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 26 april 2022 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

### 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend\*\*\*\* en Extra Aanvullend SABIC (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft begin 2021, zonder enige toelichting, van haar apotheek een ander geneesmiddel dan Crestor® 20 mg ter hand gesteld gekregen. In eerste instantie heeft verzoekster hier geen aandacht aan besteed, totdat zij na een paar keer gebruik van het geneesmiddel klachten kreeg. Zij heeft het geneesmiddel twee weken gebruikt en heeft het gebruik toen vanwege de klachten gestopt. Nadien heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar gevraagd het geneesmiddel Crestor® 20 mg. te blijven verstrekken. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 20 april 2021 aan verzoekster meegedeeld hiertoe niet over te gaan.
- 3.3. De huisarts en apotheker hebben gezamenlijk bij brief van 6 mei 2021 het volgende verklaard:
- "U heeft van ons het volgende medicijn voorgeschreven gekregen:  
010421\*90ST Crestor tabl omh 20mg 1 keer per dag 1 tablet*
- Wij vinden het noodzakelijk dat u dit medicijn krijgt, maar of het MERK van dit medicijn vergoed wordt vanuit de door u afgesloten zorgverzekering, is afhankelijk van de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering. Hierop hebben wij als huisarts en apotheker mogelijk geen invloed."*
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 14 mei 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 3 maart 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn voorlopig advies aan de commissie, het volgende verklaard:
- "De behandelend huisarts heeft verklaard dat zij het noodzakelijk vindt dat verzoekster wordt behandeld met rosuvastatine. Echter, zij laat de keuze van het merk open. Uit de verklaring van de huisarts blijkt niet dat het medisch onverantwoord is om een ander middel met rosuvastatine te gebruiken dan Crestor®.*
- Verder is in het dossier een medicatieoverzicht opgenomen, verstrekt door Service Apotheek Brunssum op d.d. 20-04-2021. Naast de huidige medicatie is hierin ook een overzicht opgenomen over intolerantie, contra-indicaties en allergieën van verzoekster. In dit overzicht is te lezen dat verzoekster allergische reacties heeft op verschillende geneesmiddelen, maar rosuvastatine wordt hierin niet vermeld.*
- Daarnaast word[en] door verzoekster bijwerkingen van twee geneesmiddelen genoemd, namelijk van Xarelto® en rosuvastatine van Sandoz. Xarelto® is een orale antistollingsmiddel met een andere werkzame stof, namelijk rivaroxaban. Voor het Zorginstituut is het onduidelijk of het om de bijwerkingen gaat van het geneesmiddel Xarelto® of van het generiek geneesmiddel rosuvastatine.*

*Uit de aanvullende stukken blijkt dat de betrokken apotheker geen verklaring heeft gegeven of het wel of niet medisch verantwoord is voor verzoekster om het preferent geneesmiddel te gebruiken.*

#### *Conclusie*

*Uit het dossier en de aanvullende stukken blijkt niet dat het gebruik van een ander rosuvastatine-bevattend geneesmiddel dan het merkgeneesmiddel Crestor® medisch onverantwoord is voor verzoekster. Verzoekster maak geen aanspraak op vergoeding van Crestor® ten laste van de basisverzekering.*

#### *Het advies*

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster maakt geen aanspraak op vergoeding van Crestor®."*

#### 4. Het geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van Crestor® 20 mg, afgeleverd sinds 1 januari 2021, alsnog volledig moet vergoeden.

#### 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.

#### 6. Beoordeling

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

#### *Standpunt verzoekster\_*

- 6.2. Verzoekster voert aan dat de ziektekostenverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt stelt dat geen sprake is van een medische noodzaak voor gebruik van het geneesmiddel Crestor® 20 mg. De apotheker heeft verzoekster begin 2021 een preferent geneesmiddel (rosuvastatine van Sandoz) ter hand gesteld, maar direct na het gebruik kreeg zij last van zware hoofdpijnen en krampen in haar tenen en vingers. Uiteindelijk heeft verzoekster het middel nog twee weken gebruikt. De klachten verergerden in die periode. Toen zij met het middel stopte namen de klachten af. Kort daarna was zij op controle en bleek haar cholesterolwaarde te hoog. Toen is verzoekster het geneesmiddel Crestor® weer gaan gebruiken, maar dat moest ze zelf betalen.

#### *Standpunt ziektekostenverzekeraar*

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat hij voor geregistreerde geneesmiddelen een preferentiebeleid voert. Dit beleid houdt in dat van veel geregistreerde geneesmiddelen nog maar één variant met dezelfde werkzame stof, sterkte en toedieningsvorm wordt vergoed. Als gebruik wordt gemaakt van een ander geneesmiddel dan wordt dit middel niet vergoed. De enige uitzondering hierop is als de effecten van het gebruik van het generieke middel zodanig zijn dat het medisch niet verantwoord is dit te gebruiken. In het dossier zit een gezamenlijke verklaring van 6 mei 2021 van de huisarts en de apotheker waarin staat vermeld dat zij het noodzakelijk vinden dat verzoekster Crestor® afgeleverd krijgt. In het contact met de ziektekostenverzekeraar, waarnaar wordt verwezen in de brief van de ziektekostenverzekeraar van 23 juli 2021 in de ombudsfase, heeft de apotheek een medische noodzaak voor Crestor® echter niet bevestigd.

Daarnaast is niet gebleken dat verzoekster overgevoelig of allergisch is voor een bepaalde hulpstof. Een medische noodzaak voor het geneesmiddel Crestor® is dan ook niet aangetoond. Verder geldt dat de ziektekostenverzekeraar met veel apothekers een contract heeft gesloten. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen (i) een IDEA-contract of (ii) een preferentiecontract. Apothekers met een IDEA-contract mogen bij de meeste geneesmiddelen zelf kiezen welk geneesmiddel als preferent wordt aangemerkt. Bij apotheken met een preferentiecontract bepaalt de ziektekostenverzekeraar welk geneesmiddel als preferent wordt aangemerkt. De apotheek waar verzoekster het middel Crestor® ter hand gesteld krijgt, heeft alleen een preferentiecontract. De ziektekostenverzekeraar heeft voor de werkzame stof rosuvastatin het middel rosuvastatine van Sandoz als preferent aangewezen en dit geneesmiddel zou dan ook door de apotheek ter hand moeten worden gesteld. Het is de ziektekostenverzekeraar bekend dat in de woonplaats van verzoekster ook een apotheek is gevestigd met een IDEA-contract. Het is hem echter niet bekend of deze apotheek het middel Crestor® als preferent heeft aangemerkt.

- 6.4. Ter zitting en in zijn nadere reactie van 12 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de apotheek van verzoekster in 2021 een contract met preferentiebeleid had afgesloten. Dit type contract biedt de apotheek de mogelijkheid om in 5% van de voorschriften af te wijken van het preferentiebeleid. Dit houdt in dat in 5% van de voorschriften mag worden afgeweken van het preferente geneesmiddel en daarvoor in de plaats een merkmiddel mag worden verstrekt.

#### *Overwegingen commissie*

- 6.5. In de eerste plaats dient te worden beoordeeld of de ziektekostenverzekeraar een preferentiebeleid mag voeren waarbij hij bepaalde geneesmiddelen uitsluit van vergoeding ten laste van de zorgverzekering indien een goedkoper alternatief met dezelfde werkzame stof beschikbaar is. Uit het bepaalde op pagina 32 van de voorwaarden van de zorgverzekering in samenhang met artikel 2.8, derde lid, Bzv blijkt dat de ziektekostenverzekeraar een dergelijk beleid mag voeren. 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 preferente geneesmiddel medisch gezien niet verantwoord is.
- 6.6. Op pagina 32 van de voorwaarden van de zorgverzekering wordt voor meer informatie over het preferentiebeleid verwezen naar het 'Reglement Farmaceutische Zorg'. In artikel 3 van dit reglement wordt wat betreft het preferentiebeleid een onderscheid gemaakt tussen apotheken met een IDEA-contract en apotheken met een preferentiecontract. Bij apotheken met een IDEA-contract mag de apotheek zelf een geneesmiddel als preferent aanwijzen. Bij apotheken met een preferentiecontract bepaalt de ziektekostenverzekeraar welk geneesmiddel als preferent wordt aangemerkt. Het staat vast dat de apotheek waar verzoekster haar geneesmiddelen ter hand gesteld krijgt een preferentiecontract heeft zodat de ziektekostenverzekeraar bepaalt welk geneesmiddel als preferent wordt aangemerkt. Een lijst met voorkeursgeneesmiddelen die door de ziektekostenverzekeraar zijn aangewezen is opgenomen op de 'Lijst met aangewezen preferente fabrikanten van geneesmiddelen in 2021'. Het door verzoekster gebruikte geneesmiddel Crestor® 20 mg bevat de werkzame stof rosuvastatine. Voor deze werkzame stof is door de ziektekostenverzekeraar het generieke middel van het merk Sandoz aangewezen.
- 6.7. Op grond van het bepaalde op pagina 32 van de voorwaarden van de zorgverzekering in combinatie met het bepaalde in de 'Begrippenlijst' van het 'Reglement Farmaceutische Zorg' bestaat in sommige situaties aanspraak op aflevering van een niet-preferent geneesmiddel. Dit is aan de orde als de voorschrijver 'medische noodzaak' op het recept schrijft en hij deze medische noodzaak ook kan onderbouwen. Er is sprake van medische noodzaak, als het medisch niet verantwoord is indien de verzekerde wordt behandeld met het voorkeursgeneesmiddel. Als de apotheek twijfelt over de medische noodzaak zal hij dit afstemmen met de voorschrijver.
- 6.8. Nu verzoekster aanspraak maakt op een ander geneesmiddel (Crestor®) dan door de ziektekostenverzekeraar is aangewezen als preferent geneesmiddel, is het aan haar te onderbouwen dat het medisch niet verantwoord is het preferente geneesmiddel met dezelfde

werkzame stof te gebruiken. De commissie maakt, evenals het Zorginstituut in het advies van 3 maart 2022, uit de verklaring van de huisarts van 6 mei 2021 op, dat deze de keuze voor het merk open laat. Uit de verklaring blijkt niet dat het medisch niet verantwoord is om een ander geneesmiddel met de werkzame stof rosuvastatine te gebruiken dan Crestor®.

Door verzoekster is in dit verband aangevoerd dat zij in het verleden klachten heeft gekregen na gebruik van het aan haar geleverde preferente geneesmiddel van Sandoz. Ter onderbouwing heeft zij een medicatieoverzicht van haar apotheek van 20 april 2021 overgelegd. Op dit overzicht staan ook de contra-indicaties en allergieën van verzoekster op verschillende geneesmiddelen vermeld. De werkzame stof van Crestor®, te weten rosuvastatine, wordt op dit overzicht niet vermeld. Voor zover verzoekster beoogt aan te geven dat de in 2021 ervaren klachten zijn terug te voeren op een verschil in hulpstoffen tussen het preferente geneesmiddel en Crestor®, ontbreekt hiervoor enige onderbouwing. Weliswaar is door verzoekster gesteld dat zij allerlei klachten heeft gekregen, maar onduidelijk is of deze bijwerkingen het gevolg zijn hulpstoffen in het preferente geneesmiddel rosuvastatine van Sandoz. De medische noodzaak voor het gebruik van het geneesmiddel Crestor® is aldus niet aannemelijk gemaakt. Dit laatste wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut van 3 maart 2022.

6.9. Ter zitting en in zijn nadere reactie van 12 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de apotheek van verzoekster bij hem een contract met een preferentiebeleid heeft afgesloten. Dit type contract biedt de apotheek de mogelijkheid om in 5% van de voorschriften af te wijken van het preferentiebeleid en daarvoor in de plaats een merkmiddel te verstrekken zonder dat dit, naar de commissie begrijpt, voor de verzekerde (financiële) gevolgen heeft. De commissie overweegt dat het hier gaat om afspraken die de relatie tussen de zorgaanbieder en de apotheker betreffen. Daaraan kan verzoekster ten opzichte van de zorgverzekeraar geen recht ontlenen op vergoeding van een niet-preferent middel, zonder dat sprake is van een medische noodzaak zoals hiervoor beschreven.

6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 mei 2022,

M.T.C. Nauta-Sluijs

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

---

# 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.

Stof	Sterkte	Toediening	leverancier	Ingangsdatum	Gelijk aan 2020
Rivastigmine	6MG	Capsule	Sandoz	01-jan-21	Ja
Rivastigmine	9,5MG/24UUR	Pleister	Sandoz	01-jan-21	Nee, vanaf 2021 nieuw in preferentie
Rizatriptan	10MG	Tablet	Aurobindo	01-jan-21	Ja
Rosuvastatine	10MG	Filmomhulde tablet	Sandoz	01-jan-21	Nee
Rosuvastatine	20MG	Filmomhulde tablet	Sandoz	01-jan-21	Nee
Rosuvastatine	40MG	Filmomhulde tablet	All-gen	01-jan-21	Nee
Rosuvastatine	5MG	Filmomhulde tablet	Sandoz	01-jan-21	Nee
<b>S</b>					
Salbutamol	100UG/DO	Aerosol	Sandoz	01-jan-21	Ja
Salbutamol met ipratropiumbromide	1/0,2MG/ML	Vernevelvloeistof	Sandoz	01-jan-21	Ja
Salmeterol met fluticason	25/125UG/DO	Aerosol	Sandoz	01-jan-21	Ja
Salmeterol met fluticason	25/250UG/DO	Aerosol	Sandoz	01-jan-21	Ja
Salmeterol met fluticason *	50/250UG/DO	Inhalatiepoeder	Prolepha	01-jan-21	Nee, vanaf 2021 nieuw in preferentie
Salmeterol met fluticason *	50/500UG/DO	Inhalatiepoeder	Glenmark	01-jan-21	Nee, vanaf 2021 nieuw in preferentie
Sertraline	100MG	Tablet	Aurobindo	01-jan-21	Nee
Sertraline	50MG	Tablet	Sandoz	01-jan-21	Nee
Sevelameer *	2,4G	Poeder voor suspensie	Sandoz	01-jan-21	Nee
Sevelameer	800MG	Tablet	Sandoz	01-jan-21	Nee
Sildenafil	20MG	Tablet	Accord	01-jan-21	Nee
Simvastatine	20MG	Filmomhulde tablet	Sandoz	01-jan-21	Ja
Simvastatine	40MG	Filmomhulde tablet	Sandoz	01-jan-21	Ja
Simvastatine met ezetimib	10/20MG	Tablet	Glenmark	01-jan-21	Nee
Simvastatine met ezetimib	10/40MG	Tablet	Glenmark	01-jan-21	Nee
Simvastatine met ezetimib	10/80MG	Tablet	Glenmark	01-jan-21	Nee
Solifenacine	10MG	Tablet	Aurobindo	01-jan-21	Nee
Solifenacine	5MG	Tablet	Accord	01-apr-21	Ja
Sotalol	40MG	Tablet	Aurobindo	01-jan-21	Nee, vanaf 2021 nieuw in preferentie
Sotalol	80MG	Tablet	Sandoz	01-jan-21	Nee, vanaf 2021 nieuw in preferentie
Spironolacton	100MG	Tablet	Accord	01-apr-21	Ja
Spironolacton	25MG	Tablet	Accord	01-jan-21	Ja
Spironolacton	50MG	Tablet	Accord	01-jan-21	Ja
Sucralfaat	1G	Orale suspensie	Sandoz	01-jan-21	Ja
Sumatriptan	100MG	Tablet	Mylan	01-jan-21	Ja
Sumatriptan *	12MG/ML	Injectievloeistof	Glaxosmithkline	01-jan-21	Ja
<b>T</b>					
Tadalafil	20MG	Filmomhulde tablet	Accord	01-jan-21	Nee
Tamsulosine	0,4MG	Tablet met gereuleerde afgifte	Sandoz	01-jan-21	Ja
Tamsulosine met dutasteride	0,5/0,4MG	Capsule	Aurobindo & Xiromed	01-jan-21	Nee
Telmisartan	20MG	Tablet	Glenmark	01-jan-21	Ja
Telmisartan	40MG	Tablet	Xiromed	01-jan-21	Nee
Telmisartan	80MG	Tablet	Xiromed	01-jan-21	Nee
Telmisartan met diuretica	40/12,5MG	Tablet	Xiromed	01-jan-21	Nee
Telmisartan met diuretica	80/12,5MG	Tablet	Xiromed	01-jan-21	Nee
Telmisartan met diuretica	80/25MG	Tablet	Glenmark	01-jan-21	Ja
Temazepam	20MG	Tablet	Aurobindo	01-jan-21	Ja
Tenofovir disoproxil met emtricitabine *	200/245MG	Tablet	Accord	01-apr-21	Ja
Tenofovirdisoproxil *	245MG	Tablet	Aurobindo	01-apr-21	Nee
Terbinafine	250MG	Tablet	Aurobindo	01-jan-21	Ja, maar in 2020 ook Focus en Xiromed
Tibolon	2,5MG	Tablet	Qliniq	01-jan-21	Nee

## 3 Leveranciers van farmaceutische zorg

### 3.1 Soorten contracten met leveranciers farmaceutische zorg

Om farmaceutische zorg te kunnen leveren aan verzekerden, sluiten wij contracten af met apotheken. Er zijn 2 soorten contracten: IDEA-contracten en contracten met preferentiebeleid. Het kan voorkomen dat wij geen contract hebben met een apotheek. Dit kan gevolgen hebben voor de vergoeding. Dit leest u in artikel 3.5. Voor de levering van dieetpreparaten sluiten wij alleen contracten af met medisch speciaalzaken. Laat u dieetpreparaten leveren door een apotheek of een niet-gecontracteerde medisch speciaalzaak? Dan kan dit gevolgen hebben voor uw vergoeding. Dit leest u in artikel 3.5.

### 3.2 Deze voorwaarden voor uw vergoeding gelden altijd

Of wij nu wel of geen contract hebben met een apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier, de volgende regels gelden altijd:

1. u heeft aanspraak op vergoeding van het geneesmiddel en/of dieetpreparaat tot maximaal de vergoedingslimiet (zie ook artikel 4.1) en uitsluitend als aan eventuele aanvullende vergoedingsvoorwaarden is voldaan.
2. de geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegd verpleegkundige.
3. dieetpreparaten voor de behandeling van (het risico op) ondervoeding moeten zijn voorgeschreven door een arts of diëtist.

### 3.3 IDEA-contract: de apotheek bepaalt het geneesmiddelmerk

Onder de contractvorm IDEA (Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apothekers) geldt het volgende:

1. de apotheek levert u de farmaceutische zorg waarop u aanspraak heeft, op basis van uw polisvoorwaarden.
2. voor de geneesmiddelen waarbij de apotheek het voorkeursmiddel of –merk bepaalt, vergoeden wij die middelen conform de afspraken in het IDEA-contract.
3. als er van een geneesmiddel meerdere identieke, onderling vervangbare varianten beschikbaar zijn en er geen medische noodzaak is om het niet door de apotheker of ons aangewezen (merk) geneesmiddel te gebruiken, moet u, indien u uitsluitend een ander (merk) middel wilt gebruiken, dit geneesmiddel zelf betalen. Wij vergoeden de nota's die hierop betrekking hebben niet.
4. wij spreken voor slechts enkele geneesmiddelen een voorkeursmiddel of –merk af met de apotheek met een IDEA-contract. Vergoeding van die geneesmiddelen vindt plaats volgens artikel 3.4.
5. de apotheek declareert de geleverde farmaceutische zorg rechtstreeks bij ons.

### 3.4 Contract met preferentiebeleid: wij bepalen het geneesmiddelmerk

Voor deze contractvorm geldt het volgende:

- a. de apotheek levert u de farmaceutische zorg waarop u aanspraak heeft, op basis van uw polisvoorwaarden.
- b. als er van een geneesmiddel meerdere identieke, onderling vervangbare varianten beschikbaar zijn en er geen medische noodzaak is om het originele (merk) geneesmiddel of de andere afgeleide generieken hiervan te gebruiken, dan mag de apotheek uitsluitend het (merk) geneesmiddel leveren dat wij als voorkeursmiddel hebben aangewezen. U heeft in dat geval alleen aanspraak op vergoeding van het preferente (merk) geneesmiddel dat wij hebben aangewezen (zie artikel 4.2). Wanneer wij geen geneesmiddel hebben aangewezen, dan geldt dat u recht heeft op vergoeding van het laagst geprijsde geneesmiddel.
- c. de apotheek declareert de geleverde farmaceutische zorg rechtstreeks bij ons.

### 3.5 Geen contract

Met sommige apotheken en medisch gespecialiseerde leveranciers hebben wij geen afspraken gemaakt over de farmaceutische zorg die zij mogen leveren. Neemt u bij een niet-gecontracteerde apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier farmaceutische zorg af? Dan geldt het volgende:

- a. u moet de kosten voor de geleverde zorg eerst zelf aan de apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier betalen.
- b. u dient de nota bij ons in.
- c. dient u een nota in voor een niet-preferent geneesmiddel? Dan heeft u uitsluitend aanspraak op vergoeding van een ander merk dan het voorkeursmiddel, als het medisch onverantwoord is u met het voorkeursmiddel te behandelen. U moet hiervoor een kopie van het recept of een verklaring van de huisarts meesturen. Daaruit moet blijken dat dit middel aan u is voorgeschreven uit medische noodzaak. Is er geen medische noodzaak om een niet-aangewezen geneesmiddel te gebruiken en wilt u dit toch? Dan moet u dit geneesmiddel zelf betalen.
- d. neemt u dieetpreparaten af bij een niet-gecontracteerde apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier? Dan moet die apotheek of leverancier de verklaring controleren en in uw dossier opslaan.

Voor de polissen Basis Zeker en Basis Budget geldt dat u recht heeft op een vergoeding van:

- farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten): tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners);
- prestaties (dienstverlening, zie voor de omschrijving artikel 7): tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

#### Let op!

Naast de lagere vergoeding (of geen vergoeding in het geval van levering niet-preferent geneesmiddel zonder medische noodzaak) waar u recht op heeft bij een niet-gecontracteerde apotheek die we hierboven beschrijven, kan het voorkomen dat u nog een deel zelf moet betalen. Het gaat hier om de bovenlimietprijs (wettelijke eigen bijdrage). Deze wordt eventueel wel vergoed uit uw aanvullende verzekering.

- b. niet-nagekomen afspraken;
- c. rapporten.

#### 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 Zorgverkenner op [www.zk.nl/zorgverkenner](http://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

## 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 restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.*

### B.3 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

- a. levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding;
- b. het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;
- c. 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.30](#).

#### 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 Zorgverkenner op [www.zk.nl/zorgverkenner](http://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

## 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 restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.*

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

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- a. de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;
- b. 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. alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. 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 IDEA-contract heeft gesloten; en
- b. 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. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheek zonder contract; en
- c. 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
- d. 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 jaar. 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 identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan heeft u alleen recht op de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen of, bij een apotheker met een IDEA-contract, het geneesmiddel dat de apotheek heeft aangewezen. Is er geen geneesmiddel aangewezen? Dan heeft u recht op het laagst geprijste geneesmiddel. Uw apotheker kan u vertellen welk geneesmiddel het laagst geprijsd is. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op een niet-aangewezen of hoger geprijsd 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: <http://wetten.overheid.nl>; tik in het zoekvenster Regeling zorgverzekering; klik op vind; klik op Regeling zorgverzekering; klik in de lijst links onderaan op Bijlage 2;
  - d. als ze zijn voorgeschreven door een arts of diëtist.

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 therapeutisch 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 Zorgverkenner op [www.zk.nl/zorgverkenner](http://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

### 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 restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.*

U heeft recht op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, 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, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- 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.