

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202500514

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoeker,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 11 september 2025 de Ombudsman Zorgverzekeringen gevraagd een uitspraak te doen. De Ombudsman heeft de zaak doorgezet naar de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie). Op 23 september 2025 heeft een intakegesprek plaatsgevonden, dat dezelfde dag schriftelijk aan verzoeker is bevestigd. Op 24 oktober 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 31 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 2 januari 2026 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 25 februari 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026000753) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 26 februari 2026 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 april 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting en de ter zitting door verzoeker voorgedragen pleitnota zijn op 7 april 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 25 februari 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 13 april 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

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 drie sterren en Extra Aanvullend Senioren (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).

- 2.2. Verzoeker heeft op 3 juli 2024 het geneesmiddel Shingrix® ter hand gesteld gekregen door de apotheek. Hij heeft de door de apotheek bij hem in rekening gebrachte kosten van € 365,37 gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.
- 2.3. Bij declaratieoverzicht van 15 juli 2024 en brief van 19 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat het gedeclareerde geneesmiddel niet wordt vergoed.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 1 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 25 februari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 13 april 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden het geneesmiddel Shingrix® aan hem te vergoeden.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe in het klachtenformulier van 19 maart 2025 aangevoerd dat zijn echtgenote het vaccin Shingrix® in 2022 wel vergoed heeft gekregen. Hierbij is toen een identieke aanvraagprocedure gevolgd via de huisarts. Verzoeker heeft telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. De eerste medewerker die hij sprak kon zijn vraag niet beantwoorden. Pas in het tweede of derde contact met verschillende medewerkers werd verzoeker verteld dat de uitkering aan zijn echtgenote ten onrechte had plaatsgevonden, en dat hij hieraan geen rechten kon ontlenen. Verzoeker heeft hierop meegedeeld het hiermee niet eens te zijn, omdat hij door de eerdere toekenning aan zijn echtgenote in de veronderstelling verkeerde dat ook hij aanspraak zou kunnen maken op vergoeding. Verzoeker en zijn echtgenote bevinden zich namelijk in een gelijke situatie en hebben dezelfde verzekering afgesloten. Naar aanleiding van de bij de ziektekostenverzekeraar ingediende klacht nam een medewerker contact met hem op, maar zij kwamen niet tot een vergelijk. Het contact werd schriftelijk bevestigd en verzoeker reageerde hier weer op bij brief van 5 september 2024. Daarin deed hij tevens zijn beklag over de wijze waarop de klacht was afgehandeld. Meer in het bijzonder klaagde verzoeker hierin dat (i) het klachtrecht onjuist is toegepast omdat de klachtbehandelaar dezelfde was als de persoon die zijn klacht in eerste instantie had afgewezen, (ii) irrelevant, ongepast en onjuist zou zijn dat de ziektekostenverzekeraar had aangegeven de – in zijn optiek abusievelijke – vergoeding ten gunste van zijn echtgenote niet te zullen terugvorderen, en (iii) zijn klacht onzorgvuldig en inaccuraat zou zijn behandeld.
- 3.3. Op 6 september 2024 werd verzoeker vervolgens gebeld door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Omdat verzoeker net een strandwandeling maakte met vrienden en het gesprek daarom niet gelegen kwam, stelde de medewerker voor op een later moment te bellen. Dit gebeurde echter niet, maar er kwam wel een brief, gedateerd op dezelfde dag. Hierin wordt verzoeker op een aantal punten in het gelijk gesteld, namelijk voor zover het gaat om de kritiek op de klachtafhandeling waar het de hiervoor in onderdeel 3.2 onder (i) genoemde klacht betreft en de onder (iii) genoemde klacht voor zover het gaat om de brief van de ziektekostenverzekeraar van 1 augustus 2024. Daar werd echter geen gevolgtrekking aan verbonden.

- 3.4. Hoewel het kan zijn dat de ziektekostenverzekeraar op basis van wettelijke bepalingen niet is gehouden tot vergoeding, is verzoeker van mening dat hij geen enkele twijfel hoefde te hebben dat een vergoeding zou worden toegekend, gelet op de identieke situatie van zijn echtgenote. De uitkering aan zijn echtgenote, die door een professionele zorgverzekeraar werd verleend, zou correct moeten zijn, en hierop mocht verzoeker vertrouwen. Bovendien heeft de geweigerde vergoeding een veel grotere impact op het huishoudbudget van verzoeker dan op het bedrijfsresultaat van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij de conclusie van het Zorginstituut deelt. Deze is niet nieuw, want formeel bestaat geen basis voor vergoeding. Dit heeft verzoeker nooit aangevochten of ter discussie gesteld, nadat hem duidelijk was geworden dat de vergoeding aan zijn partner op onjuiste gronden was verstrekt. Verzoeker had echter geen enkele reden om te twifelen over de vraag of een vergoeding zou worden toegekend, gelet op de uitkering aan zijn partner in een volstrekt identieke situatie. Verder behoeft het geen betoog dat de geweigerde vergoeding een veel groter effect heeft op zijn huishoudbudget dan een toegekende vergoeding zou hebben voor het bedrijfsresultaat van de ziektekostenverzekeraar. Daarbij komt nog dat de ziektekostenverzekeraar niet beducht hoeft te zijn voor precedentwerking bij een positieve beslissing, aangezien deze er niet is. De bejegening die hem ten deel is gevallen heeft niet bevorderd dat hij meer vertrouwen heeft gekregen. Hij heeft een aantal punten van kritiek geuit. Omdat hierop niet werd ingegaan, werd hij wat volhardender in hetgeen hij naar voren wilde brengen. Als wordt gekeken naar de letter of de geest van de regelgeving is daarin een verschil.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van het geneesmiddel Shingrix®. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 1 augustus 2024 aangevoerd dat dit geneesmiddel alleen wordt vergoed bij verzekerden van 18 jaar en ouder die:
- een immunosuppressieve behandeling krijgen voor een hematologische kanker of een solide tumor;
 - onlangs een orgaan- of stamceltransplantatie hebben of nog moeten ondergaan;
 - geïnfecteerd zijn met het humaan immunodeficiëntievirus (HPV).
- Bij verzoeker zijn deze situaties niet aan de orde, zodat hij geen aanspraak heeft op vergoeding van het geneesmiddel ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. De echtgenote van verzoeker voldeed in 2022 ook niet aan de voorwaarden, zodat zij de vergoeding destijds ten onrechte heeft ontvangen. De ziektekostenverzekeraar vordert de kosten niet van haar terug.
- 4.3. In zijn brief aan de commissie van 31 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding vanuit de zorgverzekering of enige aanvullende verzekering. Ten aanzien van de zorgverzekering geldt dat verzoeker niet voldoet aan de in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering gestelde voorwaarden voor vergoeding van onder andere Shingrix®. Wat betreft de aanvullende ziektekostenverzekering valt Shingrix® niet onder artikel D.11.3, nu dit geneesmiddel in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem is opgenomen. Bovendien is geen sprake van schriftelijke toestemming vooraf en komt Shingrix® niet voor op de in D.11.3 genoemde lijst. Het voorgaande lijkt ook niet te worden betwist door verzoeker. Het geschil ziet in de kern dus op de vraag of de eerdere foutieve vergoeding van Shingrix® aan de echtgenote van verzoeker, en het volgens verzoeker daarvan afgeleide vertrouwen van verzoeker dat ook in zijn geval Shingrix® zou worden vergoed, ertoe dient te leiden dat de ziektekostenverzekeraar alsnog een vergoeding verleent. In dit verband geldt dat de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding ziet tot coulanchehalve vergoeding van Shingrix®. De ziektekostenverzekeraar volgt verzoeker daarbij niet in diens standpunt dat geen sprake zal zijn van precedentwerking. Dat verzekerden – ook zelf – een geneesmiddel in eerste instantie vergoed krijgen terwijl dat geneesmiddel niet verzekerd is,

kan voorkomen. Bovendien doorkruist vergoeding in het onderhavige geval het Reglement Farmaceutische Zorg, dat in artikel 4.4.1 de noodzaak benoemt tot het raadplegen van de meest actuele bijlagen en de daarin besloten liggende voorwaarden voor vergoeding. Vooropgesteld dient te worden dat verzekerden de polisvoorwaarden moeten te raadplegen. Daarnaast kan contact worden opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, of kan de website worden geraadpleegd om zich te vergewissen van de voorwaarden voor vergoeding. In de polisvoorwaarden wordt verwezen naar de bijlagen bij de Regeling zorgverzekering, waarin Shingrix® staat benoemd. Ook wijzen de polisvoorwaarden en het bijbehorende Reglement Farmaceutische Zorg op het belang van het controleren van de meest actuele voorwaarden, zelfs als gedurende hetzelfde polisjaar het betreffende geneesmiddel eerder werd vergoed. Zowel de website van de ziektekostenverzekeraar als de website van Zorginstituut Nederland verwijst ten aanzien van de vergoeding van geneesmiddelen naar de website medicijnkosten.nl, waar op overzichtelijke wijze staat benoemd welke voorwaarden gelden voor Shingrix®. Door vooraf geen contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar en de polisvoorwaarden of de website van de ziektekostenverzekeraar niet te raadplegen, nam verzoeker het risico op zich dat Shingrix® niet of niet meer zou worden vergoed.

- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij vooropstelt dat het vervelend is dat er verwarring is ontstaan over de vergoeding en dat voor de echtgenote van verzoeker het vaccin in het verleden onterecht is toegekend. Het is begrijpelijk dat verzoeker dacht dat ook in zijn geval het vaccin zou worden vergoed. Tegelijkertijd geldt wel de verwachting dat verzekerden de polisvoorwaarden doornemen en zich vergewissen van de inhoud daarvan, zeker aangezien op de website staat dat de voorwaarden aan verandering onderhevig zijn. Als er binnen een dossier een fout is gemaakt, wordt dit opgelost. Maar in dit geval gaat het om een ander dossier, dat wil zeggen: een dossier van een andere verzekerde dan verzoeker, en zit er twee jaar tussen de abusievelijke vergoeding in dat dossier en de verwachting van verzoeker. Desgevraagd merkt de ziektekostenverzekeraar nog op dat het niet gepast was dat dezelfde behandelaar een klacht heeft afgehandeld, en ook het andere punt over de terugvordering was onzorgvuldig en daaraan is aandacht besteed in het nader commentaar. Hiervoor biedt de ziektekostenverzekeraar nogmaals nadrukkelijk excuses aan.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 25 februari 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Extramurale geneesmiddelen

Geneesmiddelen die op recept van een arts verkrijgbaar zijn bij de apotheek zijn extramurale geneesmiddelen. In de Zvw en aanverwante regelgeving is de vergoeding van deze geneesmiddelen geregeld. Extramurale geneesmiddelen komen voor vergoeding uit het basispakket in aanmerking zodra het middel is opgenomen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Het GVS is een onderdeel van de Rzv. Het GVS bevat lijsten met geneesmiddelen die een te verzekeren prestatie zijn in het kader van de Zvw. De middelen die zijn opgenomen in het GVS zijn geclusterd op bijlage 1A van de Rzv (onderling vervangbare middelen) of staan apart op bijlage 1B (unieke geneesmiddelen).

Bijlage 2 voorwaarden

Voor sommige geneesmiddelen in het GVS gelden extra voorwaarden voor vergoeding. Deze geneesmiddelen worden ook nog geplaatst op bijlage 2 van de Rzv. Deze limitatieve positieve lijsten vormen een gesloten systeem van te verzekeren prestaties.

Recombinant herpes zoster vaccin met adjuvans

Het varicella-zostervaccin (Shingrix®) is opgenomen in bijlage 2 van de Rzv. In onderdeel 131 zijn de voorwaarden genoemd voor de vergoeding van het varicella-zostervaccin (Shingrix®), te weten:

Uitsluitend voor een verzekerde van achttien jaar of ouder:

- a) die onlangs een stamceltransplantatie (allogeen of autoloog) ondergaan heeft, of bij wie een stamceltransplantatie gepland staat,*
- b) met een solide tumor of hematologische kanker, die behandeld wordt met een immuunsuppressieve behandeling, bij wie vaccinatie vóór, tijdens of na de behandeling toegediend kan worden,*
- c) die onlangs een orgaantransplantatie ondergaan heeft, of bij wie een orgaantransplantatie gepland staat, of*
- d) die geïnfecteerd is met het Humaan Immundeficiëntie Virus (HIV).*
- e) die behandeld (gaat) worden met een immunosuppressieve biological of Janus Kinase (JAK)-remmer.*

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld. Verzoeker heeft het varicella-zostervaccin (Shingrix®) via zijn huisarts op recept verkregen bij een apotheek. In het geval van verzoeker is daarom sprake van een extramuraal geneesmiddel en dient beoordeeld te worden of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van het vaccin vanuit de farmaceutische zorg. Hiervoor moet sprake zijn van een van de indicaties genoemd in onderdeel 131 van bijlage 2 van de Rzv. Uit het dossier blijkt niet dat verzoeker voldoet aan één van de hiervoor genoemde voorwaarden.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoeker voldoet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van Het varicella-zostervaccin (Shingrix®) vanuit de farmaceutische zorg.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker voldoet niet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van Het varicella-zostervaccin (Shingrix®) ten laste van de basisverzekering.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 18.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over geneesmiddelen en die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) 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

- 7.2. Op grond van het bepaalde in artikel B.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op farmaceutische zorg, waaronder geneesmiddelen. Uit de bepaling blijkt dat het hierbij gaat om terhandstelling, advies en begeleiding van onder andere de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) voor zover de ziektekostenverzekeraar die heeft aangewezen en opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg. Genoemd artikel is gebaseerd op de artikelen 2.8 Bzv, en 2.5 en 2.39 e.v. Rzv.
- 7.3. In artikel 4 van het Reglement Farmaceutische Zorg van de ziektekostenverzekeraar zijn de vergoedingsregels voor geregistreerde geneesmiddelen opgenomen. Hierbij ziet artikel 4.4 op de geneesmiddelen waaraan aanvullende voorwaarden voor vergoeding zijn gesteld. In de bepaling is een verwijzing opgenomen naar bijlage 2 van de Rzv. Het varicella-zostervaccin (Shingrix®) is hier in onderdeel 131 vermeld, met de navolgende voorwaarden:
Uitsluitend voor een verzekerde van achttien jaar of ouder:
- a) die onlangs een stamceltransplantatie (allogeen of autoloog) ondergaan heeft, of bij wie een stamceltransplantatie gepland staat,
 - b) met een solide tumor of hematologische kanker, die behandeld wordt met een immuunsuppressieve behandeling, bij wie vaccinatie vóór, tijdens of na de behandeling toegediend kan worden,
 - c) die onlangs een orgaantransplantatie ondergaan heeft, of bij wie een orgaantransplantatie gepland staat, of
 - d) die geïnfecteerd is met het Humaan Immundeficiëntie Virus (HIV).
 - e) die behandeld (gaat) worden met een immunosuppressieve biological of Janus Kinase (JAK)-remmer.
- 7.4. Het staat vast dat verzoeker niet voldoet aan de indicatievoorwaarden voor het varicella-zostervaccin, zodat hij geen aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van Shingrix® ten laste van de zorgverzekering. Het voorgaande wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.5. In artikel D.11.3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is de vergoeding geregeld van bepaalde, geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vanuit de zorgverzekering worden vergoed. Het betreft hierbij geregistreerde geneesmiddelen die niet, niet meer of nog niet in het GVS zijn opgenomen. Hiervoor werd vastgesteld dat het varicella-zostervaccin is opgenomen in het GVS, maar dat aan de verstrekking/vergoeding nadere voorwaarden zijn verbonden, waaraan verzoeker niet voldoet. Daarnaast wordt in artikel D.11.3 verwezen naar een lijst, waarop het geneesmiddel niet voorkomt. Tot slot staat bij de voorwaarden voor vergoeding onder 1. dat de ziektekostenverzekeraar vooraf schriftelijk toestemming moet hebben gegeven. Hiervan is in de situatie van verzoeker niet gebleken. Hieruit volgt dat de kosten van Shingrix® niet ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering kunnen worden vergoed.
- 7.6. Verzoeker heeft gesteld dat hij erop mocht vertrouwen dat de kosten van het geneesmiddel zouden worden vergoed, omdat dit in het geval van zijn echtgenote in 2022 ook is gebeurd. Haar situatie is vergelijkbaar, dezelfde procedure is gevolgd, en beiden hebben dezelfde verzekering tegen ziektekosten afgesloten. Volgens verzoeker is de ziektekostenverzekeraar een professionele partij en mag hij op diens oordeel afgaan. Tot slot zijn de financiële consequenties voor hem groter dan voor de ziektekostenverzekeraar. De commissie overweegt dat als uitgangspunt heeft te gelden dat verzoeker aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden had kunnen vaststellen dat in zijn geval geen aanspraak bestaat op het varicella-zostervaccin. Vervolgens is de vraag aan de

orde of hij aan het handelen van de ziektekostenverzekeraar het vertrouwen mocht ontlene dat deze in afwijking van die verzekeringsvoorwaarden een beleid voerde dat de kosten van het geneesmiddel zonder meer zouden worden vergoed (artikel 3:35 BW). De commissie is van oordeel dat het antwoord op die vraag ontkennend luidt. Het bestaan van het door verzoeker veronderstelde beleid is door hem niet aannemelijk gemaakt. Verzoeker heeft enkel verwezen naar de vergoeding in de situatie van zijn echtgenote. Dat is onvoldoende voor het aannemen van een gerechtvaardigd gewekt vertrouwen door de ziektekostenverzekeraar. Daarbij is van belang dat de wetgever strikte voorwaarden aan de verstrekking/vergoeding van het geneesmiddel heeft verbonden, zodat niet lichtvaardig kan worden aangenomen dat de ziektekostenverzekeraar een hiervan afwijkend beleid zou voeren. Daarnaast speelt een rol dat de ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat en waarom de vergoeding aan de echtgenote van verzoeker destijds – en wel twee jaar eerder – abusievelijk is verleend, zoals ook door verzoeker is onderkend. Hij mocht aan die vergoeding daarom niet het gerechtvaardigd vertrouwen ontlene dat ook in zijn situatie de kosten van Shingrix® zouden worden vergoed.

Slotsom

7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 april 2026,

B.L.A. van Drunen

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Besluit zorgverzekering

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.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op 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 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; 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 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.