

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501908

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

IZA Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 27 november 2025 een klacht voorgelegd aan SKGZ. In een telefonisch contact met de Ombudsman Zorgverzekeringen op 6 januari 2026 heeft verzoeker aan de medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen verklaard een uitspraak van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) te willen. Dit is bij brief van dezelfde datum aan verzoeker bevestigd. Op 13 januari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 11 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 februari 2026 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 11 maart 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026003574) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 13 maart 2026 aan partijen gezonden.
- 1.4. Bij brief van 17 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie een nadere reactie doen toekomen. Een kopie hiervan is aan verzoeker gezonden.
- 1.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 april 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 29 april 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 11 maart 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 4 mei 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering IZA Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Classic Comfort (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

- 2.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht de kosten van het geneesmiddel Ozempic® te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft afwijzend op dit verzoek beslist.
- 2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd en verzocht de kosten van het geneesmiddel uit coulance te vergoeden. Bij brief van 5 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft en dat de kosten ook niet uit coulance worden vergoed.
- 2.4. Bij brief van 11 maart 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van het geneesmiddel Ozempic® te vergoeden.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe aangevoerd dat hij in september 2025 een acute aortadissectie type A heeft doorgemaakt. Het herstel van de daaropvolgende operatie werd bemoeilijkt doordat verzoeker te maken kreeg met verschillende complicaties, waardoor zelfs aanvullende operaties noodzakelijk waren. Tijdens het herstelproces is duidelijk geworden dat verzoeker lijdt aan zowel constructieve als centrale slaapapneu. Met name de centrale slaapapneu heeft ertoe geleid dat verzoeker te maken kreeg met gewichtstoename en in een vicieuze cirkel terecht kwam, waarbij gewichtstoename de apneu verergert en de apneu gewichtstoename bevordert. In de periode daarna heeft verzoeker van alles geprobeerd om verdere gewichtstoename tegen te gaan, maar dit had geen effect. Zelfs tijdens ziekenhuisopnames kwam hij in gewicht aan en niets leek te helpen. Aangezien gewichtstoename een verhoogd risico geeft op verdere aantasting van de aorta moest er iets gebeuren.
- 3.3. De behandelend cardioloog, longarts en internist hebben verzoeker geadviseerd om het geneesmiddel Ozempic® te gaan gebruiken. Dit advies heeft verzoeker opgevolgd en, om te kijken of Ozempic® effect zou hebben, heeft hij het geneesmiddel gedurende twee maanden op eigen kosten gebruikt. Het resultaat was gelijk merkbaar: het gewicht en de buikomvang namen af, de ademhaling verbeterde en verzoeker kon op advies van zijn longarts stoppen met het gebruik van zijn CPAP-apparaat. Gelet op deze positieve effecten moge het duidelijk zijn dat Ozempic® in de situatie van verzoeker medisch noodzakelijk en effectief is. Het stoort verzoeker dan ook dat de ziektekostenverzekeraar bij zijn beoordeling geen oog lijkt te hebben voor de positieve effecten en de risico's die het met zich brengt als verzoeker geen Ozempic® zal gebruiken. De beslissing van de ziektekostenverzekeraar om de kosten noch ten laste van de zorgverzekering noch uit coulance te vergoeden acht verzoeker in strijd met de geldende zorgplicht en de afwijzing is naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat het niet zozeer gaat over de vraag of Ozempic® ten laste van de zorgverzekering moet worden vergoed, maar of het niet vergoeden in strijd is met de redelijkheid en billijkheid en of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten uit coulance te vergoeden. Ten aanzien hiervan geldt dat de besluitvorming door de ziektekostenverzekeraar onzorgvuldig is geweest doordat is nagelaten bij verzoeker een individuele beoordeling uit te voeren. De medische noodzaak voor het middel Ozempic® is door de behandelend artsen onderbouwd en deze onderbouwing is door de ziektekostenverzekeraar bij de besluitvorming niet betrokken.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij uit de stukken opmaakt dat verzoeker de commissie heeft verzocht de kosten van het geneesmiddel Ozempic® uit coulance te vergoeden. Met betrekking hiertoe geldt dat de ziektekostenverzekeraar coulanceverzoeken altijd individueel beoordeelt, zodat er geen sprake is van willekeur. De ziektekostenverzekeraar heeft beoordeeld of een coulancevergoeding in de situatie van verzoeker mogelijk is. Aangezien meerdere verzekerden aanspraak maken op Ozempic® en zij niet voldoen aan de voorwaarden, kan voor verzoeker, hoe spijtig ook, geen uitzondering worden gemaakt. Nu verzoeker de aanspraakbeoordeling van Ozempic® niet in twijfel trekt en alleen een klacht heeft over (de wijze van) de coulancebeoordeling, stelt de ziektekostenverzekeraar zich primair op het standpunt dat de commissie zich in dit geschil niet-ontvankelijk dient te verklaren.
- 4.2. Voor zover verzoeker wél een uitspraak wenst over de vraag of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten ten laste van de zorgverzekering te vergoeden, geldt dat de werkzame stof van Ozempic® semaglutide is. Dit middel komt alleen voor vergoeding in aanmerking als wordt voldaan aan bepaalde voorwaarden. Deze voorwaarden zijn: indien de verzekerde diabetes type 2 heeft, een BMI heeft van 30 of hoger, én andere medicatie niet helpt. Aan al deze voorwaarden wordt in de situatie van verzoeker niet voldaan, zodat de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten ten laste van de zorgverzekering heeft afgewezen.
- 4.3. Bij brief van 17 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat hij tevens heeft beoordeeld of sprake is van een zodanig uitzonderlijke situatie dat toepassing van de geldende wet- en regelgeving, gelet op de omstandigheden, zou leiden tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. In het geval van verzoeker is niet gebleken dat bij hem alternatieve behandelopties niet mogelijk zijn, zoals deelname aan een GLI-traject of gebruik van andere gewichtsverlagende geneesmiddelen. Evenmin bestaat aanleiding om aan te nemen dat Ozempic® voor de indicatie van verzoeker op korte termijn wordt opgenomen in het verzekerde pakket. Dit betekent dat het niet vergoeden van Ozempic® in de situatie van verzoeker niet leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat hij zijn standpunt dat de commissie zich niet-ontvankelijk dient te verklaren niet langer handhaaft. Dit betekent niet dat de kosten dan worden vergoed aangezien hij geen aanleiding ziet om voor verzoeker de verzekeringsvoorwaarden buiten toepassing te laten dan wel hierop een uitzondering te maken en de kosten uit coulance te vergoeden.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 11 maart 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Uit de beschikbare documentatie blijkt dat verzoeker een aanvraag heeft ingediend voor vergoeding van het geneesmiddel semaglutide, merknaam Ozempic® voor gewichtsbeheersing bij een complexe historie van hartklachten en slaapapneu. Omdat deze indicaties niet zijn opgenomen in Bijlage 2 van de Rzv, komt verzoeker niet in aanmerking voor vergoeding hiervan ten laste van het basispakket.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier voldoet verzoeker niet aan de voorwaarden voor vergoeding van semaglutide, merknaam Ozempic® en kan [hij] hierop geen aanspraak maken ten laste van het basispakket.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier dat semaglutide, merknaam Ozempic® geen onderdeel uitmaakt van het basispakket voor gewichtsbeheersing bij een complexe historie van hartklachten en slaapapneu.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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. De aanspraak op geneesmiddelen is geregeld in artikel 34 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is gebaseerd op de artikelen 2.8 Bzv en 2.5 Rzv, en de bijlagen bij de Rzv. De geneesmiddelen die op recept bij de apotheek verkrijgbaar zijn, worden extramurale geneesmiddelen genoemd. Een geregistreerd extramuraal geneesmiddel komt voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking als het door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is aangewezen. Voor een aantal van deze aangewezen geneesmiddelen gelden aanvullende voorwaarden en deze zijn vermeld in bijlage 2 Rzv. In artikel 34 onder het kopje ‘Toestemming’ (onderaan pagina 53) van de voorwaarden van de zorgverzekering wordt ook verwezen naar deze bijlage.

De werkzame stof van Ozempic® is semaglutide. Semaglutide is vermeld op Bijlage 2 Rzv, onderdeel 146. Hier zijn ook de nadere voorwaarden genoemd waaronder aanspraak bestaat op dit geneesmiddel ten laste van de zorgverzekering:

“Voorwaarde:

- a. *uitsluitend voor een verzekerde met diabetes mellitus type 2 en een BMI \geq 30 kg/m², bij wie de bloedglucosewaarden onvoldoende kunnen worden gereguleerd met de combinatie van metformine en een sulfonylureumderivaat in de maximaal verdraagbare doseringen en die geen insuline gebruikt,*
- b. *als toevoeging aan metformine en basaal-insuline (NPH-insuline/langwerkend insuline analoog) bij een verzekerde met diabetes mellitus type 2 en een BMI \geq 30 kg/m², bij wie de bloedglucosewaarden onvoldoende zijn gereguleerd na \geq 3 maanden behandeling met optimaal getitreerd basaal insuline in combinatie met metformine (al dan niet met een sulfonylureumderivaat) in een maximaal verdraagbare dosering, of*
- c. *als toevoeging aan een SGLT2-remmer en metformine of wanneer er een contra-indicatie bestaat voor een SGLT2-remmer, toegevoegd aan de standaardbehandeling, bij een verzekerde met diabetes mellitus type 2 met een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten (overeenkomstig de NHG-richtlijn Diabetes Mellitus type 2):*
 - 1°. *met eerder bewezen hart- en vaatziekten, en/of*
 - 2°. *chronische nierschade.”*

- 7.3. In zijn voorlopig advies aan de commissie van 11 maart 2026 komt het Zorginstituut tot de conclusie dat verzoeker geen aanspraak kan maken op vergoeding van het geneesmiddel Ozempic® ten laste van de zorgverzekering, nu verzoeker geen diabetes mellitus type 2 heeft. Zonder deze aandoening voldoet hij niet aan de geldende vergoedingsvoorwaarden van bijlage 2 Rzv.

Verrzoeker heeft opgemerkt dat Ozempic® positieve effecten heeft op zijn gezondheid. Dit speelt in het kader van de beoordeling of hij in aanmerking komt voor vergoeding van het geneesmiddel Ozempic® echter geen rol, hoezeer dat ook in het dagelijks leven van verzoeker juist wel een rol van betekenis kan spelen. Ook de stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden door het geneesmiddel Ozempic® niet te vergoeden treft geen doel. De zorgplicht - zoals beschreven in artikel 11, eerste lid, Zvw - heeft alleen betrekking op de verzekerde zorg en andere diensten waarop een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen. Zoals hiervoor door het Zorginstituut is geconcludeerd, voldoet verzoeker niet aan laatstgenoemde voorwaarde nu volgens bijlage 2 Rzv, onderdeel 146, semaglutide slechts voor verstrekking of vergoeding in aanmerking komt in geval sprake is van diabetes type 2, wat bij verzoeker niet aan de orde is.

De commissie neemt het advies van het Zorginstituut dan ook over. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van het geneesmiddel Ozempic®, ten laste van de zorgverzekering.

Redelijkheid en billijkheid

- 7.4. Verzoeker heeft aangevoerd dat het weigeren van vergoeding van de kosten van Ozempic®, gelet op zijn medische situatie leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, zodat voor hem een uitzondering moet worden gemaakt (artikel 6:248, tweede lid, BW). Daartoe geldt het volgende.

De Hoge Raad heeft in het zogenoemde Bosentan-arrest (ECLI:NL:HR:2014:3679) overwogen dat de dwingendrechtelijke beperking van de dekking tot het verzekerde pakket berust op een uitdrukkelijk gemaakte afweging van de wetgever. Slechts indien sprake is van bijzondere omstandigheden die niet zijn verdisconteerd in de afweging van de wetgever, kan dit aanleiding geven tot een andere uitkomst dan waartoe strikte toepassing van de wet leidt. Dat is het geval indien die niet-verdisconteerde bijzondere omstandigheden die strikte toepassing zozeer in strijd doen zijn met algemene rechtsbeginselen of (ander) ongeschreven recht dat die toepassing achterwege moet blijven. Het laatste kan in het onderhavige geval niet worden aangenomen. De in bijlage 2 Rzv geformuleerde, zeer specifieke voorwaarden geven immers blijk van een uitdrukkelijk gemaakte afweging van de wetgever. Door verzoeker zijn ook geen niet-verdisconteerde bijzondere omstandigheden naar voren gebracht die aanleiding geven uit te gaan van het tegendeel. De commissie is daarom van oordeel dat het niet vergoeden van het geneesmiddel Ozempic® in de situatie van verzoeker niet leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is

Coulance

- 7.5. Verzoeker heeft verder expliciet een beroep gedaan op coulance door de ziektekostenverzekeraar. Daarbij heeft hij aandacht gevraagd voor zijn medische situatie en het gegeven dat Ozempic® voor hem de enige mogelijkheid is om gewicht kwijt te raken.

Waar het gaat om het toepassen van coulance, geldt dat dit een handelen uit welwillendheid vanuit de verzekeraar is in de relatie met zijn verzekerden. Het coulancebeleid is dan ook aan de ziektekostenverzekeraar voorbehouden en de commissie kan op dit punt niet in diens – onderbouwde - beslissing treden. De commissie kan slechts dan een onverplichte vergoeding in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden toekennen als de ziektekostenverzekeraar gelijke gevallen zonder goede reden ongelijk behandelt. Gesteld noch gebleken is echter dat dit in de situatie van verzoeker aan de orde is.

Slotsom

7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 mei 2026,

L. Ritzema

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. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

Eigen bijdrage gebitsprothese

U heeft recht op een gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak. U betaalt hiervoor een eigen bijdrage. De eigen bijdrage geldt ook voor de kosten van het plaatsen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (mesostructuur). Een mesostructuur is de niet uitneembare constructie tussen implantaten en het kunstgebit (het kliksysteem). De kosten van het trekken van tanden en kiezen komen niet voor vergoeding in aanmerking, maar worden mogelijk wel vergoed als u een aanvullende (tandarts) verzekering heeft. Naast een eigen bijdrage is ook het eigen risico van toepassing. Voor een implantaat voor een volledige gebitsprothese als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak heeft, zie artikel [31.2. Tandheeskundige implantaten](#).

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, tandarts-implantoloog of tandprotheticus.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

1. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor een conventionele (normale) gebitsprothese:
 - a. Als er sprake is van extra techniekkosten voor een metalen versteviging, weekblijvende basis, non-toxic kunsthars/monomeervrije kunsthars en/of gaasversteviging/vezelversterker
 - b. Als u uw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen
 - c. Voor de toeslag zeer ernstig geslonken kaak
2. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor:
 - a. Een gebitsprothese op implantaten
 - b. Het rebasen (opvullen) of repareren van een gebitsprothese op implantaten
 - c. Een steg of drukknopen (mesostructuur)

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

FARMACEUTISCHE ZORG

Artikel 34. Geneesmiddelen (restitutie)

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

Deze zorg omvat ook:

- Terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel
- Terhandstelling en begeleidingsgesprek van een voor u nieuw receptplichtig geneesmiddel
- Instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel
- Medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik
- Begeleiding en verbetering van geneesmiddelengebruik in samenwerking met de huisarts
- Farmaceutisch consult.

Geregistreerde geneesmiddelen

De zorg omvat bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. Deze vindt u in bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering.

Voorkeursgeneesmiddelen

In bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering zijn groepen van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof opgenomen. Wij kiezen voor bepaalde werkzame stoffen een voorkeursgeneesmiddel. U heeft alleen recht op deze voorkeursgeneesmiddelen. U vindt de lijst met voorkeursgeneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg op onze website. Andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof vergoeden wij niet. Als een behandeling met een voorkeursgeneesmiddel medisch niet verantwoord is, vermeldt uw arts 'medische noodzaak' op het recept. U heeft dan recht op een ander geneesmiddel.

Medische noodzaak

Artsen mogen alleen 'medische noodzaak' op het recept vermelden als zij deze kunnen onderbouwen. Heeft uw apotheker vragen over de voorgeschreven medische noodzaak? Bijvoorbeeld omdat u het geneesmiddel niet eerder heeft gebruikt? Dan neemt de apotheker contact op met uw arts. De apotheker kiest op basis van de door uw arts voorgeschreven werkzame stof en de toelichting van uw arts welk geneesmiddel aan u wordt meegegeven. Als er geen sprake is van medische noodzaak geeft de apotheker u het voorkeursgeneesmiddel mee.

Voorkeursgeneesmiddelen en uw eigen risico

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

Zelfzorgmiddelen

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

Niet-geregistreerde geneesmiddelen

De zorg omvat niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat ook het meest economisch is voor de zorgverzekering.

U heeft recht op de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

- Apotheekbereidingen;
- Geneesmiddelen die uw arts speciaal voor u bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
- Geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van uw behandelend arts zijn ingevoerd.

U heeft alleen recht op deze geneesmiddelen als u een zeldzame aandoening heeft die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

Tijdelijk geneesmiddelentekort

Als een geregistreerd geneesmiddel in Nederland niet of onvoldoende geleverd kan worden, omvat de zorg een vervangend geneesmiddel uit het buitenland. Dit geneesmiddel moet met toestemming van de Inspectie gezondheidszorg en jeugd of met een tijdelijke vergunning van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen uit het buitenland zijn gehaald.

Dit is niet verzekerd

- Farmaceutische zorg voor een geneesmiddel dat geen verzekerde zorg is
 - Voorlichting farmaceutische zelfmanagement voor patiëntengroep
 - Advies farmaceutische zelfzorg
 - Advies gebruik receptplichtige geneesmiddelen tijdens reis
 - Advies ziekterisico bij reizen
 - Farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen
 - Preventieve reisgeneesmiddelen en reisvaccinaties
 - Geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet
 - Geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald
 - Geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet
- U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

Let op

Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname, dagbehandeling of polikliniekbezoek en farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.

Eigen bijdrage

U bent voor sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd. Uw wettelijke eigen bijdrage is maximaal € 250 per kalenderjaar.

Als uw zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij de eigen bijdrage als volgt:

- a. We delen de eigen bijdrage door het aantal dagen van het kalenderjaar.
- b. We vermenigvuldigen de uitkomst onder a. met het aantal dagen dat de verzekering loopt.
- c. Het berekende bedrag ronden wij af op hele euro's.

Eigen bijdrage geneesmiddelen

De minister van VWS bepaalt welke geneesmiddelen worden vergoed volgens de Zorgverzekeringswet en voor welke geneesmiddelen u een eigen bijdrage moet betalen. Uw maximale eigen bijdrage is € 250 per kalenderjaar. Naast de eigen bijdrage kan ook een eigen risico van toepassing zijn. Kijk voor meer informatie op onze website.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Gebruikt u de door ons aangewezen voorkeursgeneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg? Dan geldt het eigen risico niet. Het eigen risico geldt ook niet voor de door ons geselecteerde zorgaanbieders voor de proeftuin Blauwe Zorg in de regio Maastricht en Heuvelland, voor zover zij de door ons geselecteerde voorkeurslongmedicatie leveren. U vindt de geselecteerde zorgaanbieders en voorkeurslongmedicatie in het Reglement farmaceutische zorg bijlage D en E. U kunt ook kiezen voor andere longmedicatie, die niet als voorkeurslongmedicatie is geselecteerd. In dat geval geldt het verplicht en vrijwillig eigen risico wel.

Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie wel onder het eigen risico vallen. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

U kunt uw vordering op ons voor farmaceutische zorg zoals vermeld in dit artikel niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Recept (voorschrift)

Huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant of verpleegkundige (met juiste voorschrijfbevoegdheid).

Voor hoeveel dagen mag uw apotheker geneesmiddelen aan u geven?

Uw apotheker mag uw geneesmiddel voor een bepaalde periode aan u geven. De periode is afhankelijk van uw recept, het geneesmiddel en hoe lang u het geneesmiddel moet gebruiken.

Nieuw geneesmiddel

- Maximaal 15 dagen of
- De kleinste verpakking als die meer bevat dan u nodig heeft voor 15 dagen

Geneesmiddel op basis van een herhaalrecept

- 1 maand voor een geneesmiddel dat per maand meer dan € 1.000 kost. Als u na een aaneengesloten periode van 6 maanden goed bent ingesteld op het geneesmiddel, mag uw apotheker dit geneesmiddel voor een periode van 3 maanden aan u geven
- 1 maand voor slaapmiddelen
- 1 maand voor geneesmiddelen die angst en onrust verminderen (met uitzondering van middelen uit de groep van de antidepressiva)
- 1 maand voor geneesmiddelen die zijn opgenomen in de Opiumwet.
- Minimaal 3 maanden en maximaal 12 maanden voor een geneesmiddel voor de behandeling van een chronische aandoening.

Redenen om een geneesmiddel voor een kortere periode aan u te geven

- Het geneesmiddel is beperkt houdbaar
- Het geneesmiddel is beperkt beschikbaar

Anticonceptiepil en insuline

Voor de anticonceptiepil en voor insuline heeft u alleen de eerste keer een recept nodig.

Toestemming

1. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor een aantal geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Wij kunnen de lijst met deze geneesmiddelen tussentijds aanpassen. U ontvangt hierover informatie. Voor het aanvragen van toestemming kan uw arts een artsenverklaring van www.znformulieren.nl of een toestemmingsformulier van onze website downloaden en invullen.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten? U kunt dan het door uw arts ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren. Uw apotheker beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw apotheek wilt inleveren, dan kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen.

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

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

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

Anticonceptiemiddelen

Bent u jonger dan 21 jaar? Dan heeft u recht op anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium. Voor sommige middelen is een eigen bijdrage van toepassing.

Bent u 21 jaar of ouder? U heeft alleen recht op anticonceptiemiddelen als u deze middelen gebruikt voor de behandeling van endometriose of menorrhagie (als er sprake is van bloedarmoede). Let op: u heeft hiervoor onze toestemming nodig. Kijk voor informatie over het aanvragen van toestemming bij punt 1 onder het kopje Toestemming van dit artikel.

Als u geen recht heeft op deze vergoeding, dan krijgt u de kosten van het anticonceptiemiddel mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering heeft. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

Ongeacht uw leeftijd, heeft u recht op het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje of implanonstaafje door een huisarts of een medisch specialist. Voor het plaatsen of verwijderen van een spiraaltje mag u ook naar een daartoe gecertificeerde verloskundige.

Artikel 35. Dieetpreparaten (restitutie)

Dieetpreparaten zijn polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. Dieetpreparaten maken alleen deel uit van de zorg als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- Lijdt aan een stofwisselingsstoornis
- Lijdt aan een voedselallergie
- Lijdt aan een resorptiestoornis
- Lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop of
- Daarop bent aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Dieetpreparaten

Een dieetpreparaat is een medische voeding met een andere vorm en een andere samenstelling dan normale voeding. Er zijn verschillende soorten, onder andere drinkvoeding en sondevoeding. In drinkvoeding zijn bijvoorbeeld extra energie, eiwitten, vetten of vitamines en mineralen opgenomen. Sondevoeding is speciale voeding die via een dun slangetje (een sonde) door de neus of buikholte direct naar de maag of darm gaat.

Dieetproduct

Een dieetproduct is een voedingsmiddel met een andere samenstelling. Voorbeelden zijn glutenvrije of zoutarme producten. Deze producten vergoeden wij niet.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. In het Reglement farmaceutische zorg zijn een aantal drinkvoedingen, puddingen en vla met verschillende smaken aangewezen als voorkeursproduct. Voor deze voorkeursproducten geldt het eigen risico niet. U kunt ook kiezen voor andere producten. Dan het geldt het eigen risico wel. U vindt het Reglement farmaceutische zorg op onze website. Wij kunnen de lijst met voorkeursproducten tussentijds wijzigen. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

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 blijktens 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.

Regeling zorgverzekering

Bijlage 2. horende bij artikel 2.5, tweede en derde lid, van de Regeling zorgverzekering

(...)

146. Dulaglutide en Semaglutide

Voorwaarde:

- a. uitsluitend voor een verzekerde met diabetes mellitus type 2 en een BMI ≥ 30 kg/m², bij wie de bloedglucosewaarden onvoldoende kunnen worden gereguleerd met de combinatie van metformine en een sulfonylureumderivaat in de maximaal verdraagbare doseringen en die geen insuline gebruikt,
- b. als toevoeging aan metformine en basaal-insuline (NPH-insuline/langwerkend insuline analoog) bij een verzekerde met diabetes mellitus type 2 en een BMI ≥ 30 kg/m², bij wie de bloedglucosewaarden onvoldoende zijn gereguleerd na ≥ 3 maanden behandeling met optimaal getitreerd basaal insuline in combinatie met metformine (al dan niet met een sulfonylureumderivaat) in een maximaal verdraagbare dosering, of
- c. als toevoeging aan een SGLT2-remmer en metformine of wanneer er een contra-indicatie bestaat voor een SGLT2-remmer, toegevoegd aan de standaardbehandeling, bij een verzekerde met diabetes mellitus type 2 met een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten (overeenkomstig de NHG-richtlijn Diabetes Mellitus type 2):
 - 1°. met eerder bewezen hart- en vaatziekten, en/of
 - 2°. chronische nierschade.

(...)