

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202401870

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 15 oktober 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 31 oktober 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Bij brief van 24 november 2024 heeft verzoeker de commissie een nadere toelichting op zijn verzoek gestuurd.
- 1.2. Bij brief van 5 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is, eveneens op 5 december 2024, aan verzoeker gestuurd. Bij brieven van 6 en 30 december 2024 heeft verzoeker hierop gereageerd. Kopieën van zijn reacties zijn aan de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut gezonden.
- 1.3. Bij brief van 6 januari 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024043949) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Hierin adviseert het Zorginstituut de commissie nader onderzoek te laten uitvoeren. Dit omdat medische informatie van de behandelend arts met betrekking tot de indicatie en behandeling van verzoeker met oxazepam ontbreekt. Daarnaast ontbreekt informatie van de apotheker. Mogelijk dat deze het niet eens is met de voorschrijvend arts over de indicatie en het geneesmiddel daarom niet rechtstreeks declareert bij de ziektekostenverzekeraar.
- 1.4. Een kopie van het voorlopig advies van het Zorginstituut is op 7 januari 2025 aan partijen gezonden. De commissie heeft verzoeker in de begeleidende brief gevraagd informatie van zijn behandelend arts te sturen over de indicatie en behandeling met oxazepam. Verzoeker heeft bij brief van 23 januari 2025 gereageerd op het advies van het Zorginstituut en het verzoek om aanvullende informatie aan te leveren. Een kopie van deze reactie is op 24 januari 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop in te gaan. Daarnaast heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht nadere informatie op te vragen bij de apotheker van verzoeker. Bij brief van 6 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 7 februari 2025 aan verzoeker gezonden.

- 1.5. De brief van verzoeker van 23 januari 2025 en de brief van de ziektekostenverzekeraar van 6 februari 2025 zijn op 7 februari 2025 in kopie aan het Zorginstituut gestuurd met de vraag een nader voorlopig advies uit te brengen, ditmaal met inachtneming van hetgeen door partijen is ingebracht. Bij brief van 5 maart 2025 heeft het Zorginstituut een nader voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 7 maart 2025 aan partijen gezonden.
- 1.6. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 april 2025 door de commissie gehoord. Hieraan voorafgaand heeft verzoeker, bij e-mailbericht van 30 maart 2025, de commissie zijn pleitnota gestuurd. Een kopie hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd. Bij e-mailbericht van 7 april 2025 heeft verzoeker hierop gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.7. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken van 30 maart 2025 en 7 april 2025 zijn op 7 april 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het nader voorlopig advies van 5 maart 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 8 april 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het nader 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 Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV Frieso Compleet (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar op 3 oktober 2024 verzocht de kosten van oxazepam te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Bij declaratieoverzicht van 4 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten afgewezen.
- 2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Daarbij heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar tevens verzocht geen kosten ter zake van het verplicht eigen risico bij hem in rekening te brengen. Bij brief van 11 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing met betrekking tot het niet vergoeden van de kosten van oxazepam handhaaft. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar het verzoek om geen kosten te verrekenen met het verplicht eigen risico afgewezen.
- 2.4. Bij brief van 6 januari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.5. Bij brief van 5 maart 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 8 april 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft in zijn brief van 15 oktober 2024 de commissie verzocht een bindend advies uit te brengen zodat:

- "(i) Voldaan wordt aan een effectieve remedie (daadwerkelijk rechtsmiddel); art. 13 EVRM;
- (ii) Primair het verplicht eigen risico, bij chronische handicap, als discriminatoir wordt verklaard, en
- (iii) Secondair met dezelfde polis, dezelfde medicijnen vergoed worden; ongeacht aandoening."

3.2. Verzoeker voert aan dat hij kampt met een handicap, waardoor hij veel zorgkosten maakt. Een deel van deze kosten wordt eerst met het nog openstaande verplicht eigen risico van € 385,- verrekend. Door mensen met een handicap eerst € 385,- te laten betalen worden zij gediscrimineerd ten opzichte van mensen zonder een handicap. Het idee van een eigen risico is immers dat je een onzeker voorval of gebeurtenis voor eigen rekening neemt. Bij mensen met een handicap of chronische ziekte is iets dergelijks niet aan de orde, omdat deze verzekerden sowieso worden geconfronteerd met (hoge) zorgkosten. Een en ander leidt ertoe dat verzekerden zoals verzoeker ongelijk worden behandeld zodat sprake is van schending van het non-discriminatiebeginsel.

3.3. Verzoeker doet ten aanzien van de verrekening van zorgkosten met het eigen risico tevens een beroep op artikel 14 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) en artikel 1 van het Twaalfde Protocol. Hij stelt:

"Zoals de Centrale Raad eerder heeft geoordeeld, bijvoorbeeld in een uitspraak van 30 juli 2024 (ECLI:NL:CRVB:2024:1525), is er een zekere beoordelingsmarge bij de vaststelling of, en in welke mate, verschillen in overigens gelijksoortige situaties een verschil in behandeling rechtvaardigen. De omvang van deze beoordelingsmarge is primair afhankelijk van de aard van het gemaakte onderscheid. In het arrest Glor tegen Zwitserland heeft het EHRM vastgesteld dat artikel 14 van het EVRM ook discriminatie vanwege handicap omvat ('discrimination based on disability'). Daarbij heeft het EVRM geoordeeld dat als het gaat om een verschil in behandeling op grond van handicap, de beoordelingsmarge van de staat aanzienlijk verminderd is ('considerably reduced')."

Verder is de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar in strijd met artikel 5, leden 1 en 2, van het VN-verdrag handicap en artikel 26 van het Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten (IVBPR).

3.4. Voorts verklaart verzoeker dat hij het middel oxazepam gebruikt. Pas als wordt voldaan aan strenge eisen komt dit geneesmiddel voor vergoeding in aanmerking. Verzoeker voldoet kennelijk niet aan de gestelde eisen, want hij moet de kosten van het geneesmiddel zelf betalen. Dit betekent dat verzoeker niet alleen de kosten moet dragen van het verplicht eigen risico, maar ook nog eens de noodzakelijke medicatie zelf moet betalen. Verzoeker stelt dat verzekerden die dezelfde soort verzekering hebben dezelfde medicatie vergoed dienen te krijgen, ongeacht de aandoening. Door dit niet als zodanig toe te passen, wordt het discriminatoire karakter van het vergoedingssysteem door zorgverzekeraars versterkt.

De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker eventueel gebruik kan maken van gemeentelijke regelingen die erin voorzien dat chronisch zieken of mensen met een beperking gecompenseerd worden. Hiertoe merkt verzoeker op dat: *"een 3e partij de kosten laten compenseren, met als gevolg dat ik het medisch- en bankgeheim moet opgeven, in strijd met het recht om vergeten te worden (AVG dan wel doe ik een beroep op art. 8 EVRM (recht op privéleven)) omdat verweerster de relevante medische gegevens reeds heeft om vast te stellen dat ik een chronische handicap heb op basis van bijv. de declaraties of machtigingen. Hiermee ook niet voldaan wordt aan het noodzakelijkheidscriteria. (Immers is het een gecreëerd probleem)."*

3.5. In reactie op het nader commentaar van de ziektekostenverzekeraar van 5 december 2024 stelt verzoeker in zijn brieven van 6 en 30 december 2024 dat de ziektekostenverzekeraar totaal voorbij gaat aan internationale verdragen. Zoals ook blijkt uit de eerder aangehaalde zaak van de Centrale Raad van Beroep kan alleen een beroep op nationale wetgeving niet voldoende zijn. Verzoeker twijfelt zeer of de artikelen uit de Zorgverzekeringswet, waarnaar de ziektekostenverzekeraar verwijst, niet in strijd zijn met internationale verdragen.

Verder bevestigt de ziektekostenverzekeraar dat bij verzoeker sprake is van een stapeleffect. Naast het feit dat verzoeker door zijn handicap standaard elk jaar het verplichte eigen risico van

€ 385,- moet voldoen, geldt dat verzoeker ten opzichte van gezonde verzekerden ook meer geld kwijt is aan geneesmiddelen die voor eigen rekening blijven. Het door verzoeker genoemde geneesmiddel oxazepam is hiervan slechts een voorbeeld.

- 3.6. De commissie heeft in vervolg op het voorlopig advies van het Zorginstituut van 6 januari 2025 verzoeker en de ziektekostenverzekeraar verzocht aanvullende (medische) informatie op te sturen. Bij brief van 23 januari 2025 heeft verzoeker de commissie in reactie hierop meegedeeld geen toestemming te geven voor het opvragen, door de ziektekostenverzekeraar, van informatie bij zijn apotheek: *"Zowel de commissie, verweerster als het Zorginstituut heeft zich, net als ik, te houden aan art. 94 GW; waarbij o.a. art. 14 en 1 TP (EVRM) en de EHRM jurisprudentie; gelijkheidsbeginsel en non-discriminatiebeginsel, hieruit voortvloeit waar wij aan gebonden zijn. Concreet zou dan in dit geval, als de commissie het advies van het Zorginstituut wil handhaven, deze op basis van bovengenoemde artikelen, de aandoeningsrechtvaardiging (objectief) moeten aantonen."*
- 3.7. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop aangevoerd de ziektekostenverzekeraar verzekerden met een aangeboren aandoening anders behandelt dan verzekerden die gebruik maken van levensstijl-gerelateerde zorg, zoals het stoppen met roken programma. De ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gekozen om de kosten van dit programma vrij te stellen van het eigen risico. Hierdoor worden verzekerden ongelijk behandeld. Deze handelwijze is in strijd met artikel 14 van het EVRM, artikel 1 van het 12^e Protocol en artikel 26 van het IVBPR. Bovendien levert de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar een direct conflict op met artikel 5 van het VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap, dat gelijkheid en non-discriminatie voor mensen met een handicap waarborgt. Het recht op toegang tot zorg moet minstens op gelijke wijze gelden voor mensen met een aangeboren aandoening als voor mensen met andere gezondheidsproblemen, ongeacht de oorzaak van die aandoening. Voor zover de stelling van de ziektekostenverzekeraar is dat lidstaten omwille van het nationaal belang afwijken van eerder genoemde internationale afspraken, geldt dat de margin of appreciation steeds verder wordt beperkt, hetgeen blijkt uit twee zaken van de Centrale Raad van Beroep (ECLI:NL:CRVB:2024:1525 en ECLI:NL:CRVB:2020:2906) en een zaak van het EHRM van 30 april 2009 in de zaak van Glor tegen Zwitserland (HUDOC 13444/04). Het onderscheid tussen gezonde verzekerden en verzekerden met een aangeboren afwijking komt ook tot uiting in het feit dat verzekerden met een aangeboren aandoening niet op gelijke wijze als gezonde verzekerden kunnen kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Verder is door verzoeker nogmaals benadrukt dat de stapeling van kosten door de combinatie van het verplicht eigen risico, eigen bijdragen, en selectieve geneesmiddelenvergoedingen een onevenredige financiële last legt op mensen met (een) aangeboren aandoening(en). Het is de verantwoordelijkheid van de staat (het ministerie van VWS) en het Zorginstituut Nederland om de proportionaliteit van het beleid aan te tonen, en bij gebreke hiervan kan het beleid niet worden gezien als objectief gerechtvaardigd.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat in 2024 sprake was van een wettelijk verplicht eigen risico van € 385,- per kalenderjaar. Dit wordt in rekening gebracht op het moment dat de ziektekostenverzekeraar zorgkosten op grond van de zorgverzekering vergoedt. In de toepasselijke regelgeving is vermeld dat bepaalde vormen van zorg zijn uitgesloten van het wettelijk verplicht eigen risico. Omdat bijvoorbeeld geneesmiddelen niet zijn uitgesloten van de eigen risicoregeling worden deze kosten eerst verrekend met het nog openstaande bedrag. Dit betekent dat als er zorgkosten worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, bij verzoeker eerst een bedrag van maximaal € 385,- in rekening wordt gebracht. Dat verzoeker als verzekerde met een handicap wordt gediscrimineerd, vermag de ziektekostenverzekeraar niet in te zien, omdat de eigen risicoregeling voor elke verzekerde in Nederland geldt.

- 4.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verder verzocht de kosten van het geneesmiddel oxazepam te vergoeden. Uit het Farmacotherapeutisch Kompas van het Zorginstituut volgt dat oxazepam een benzodiazepine-agonist betreft. Dit geneesmiddel is opgenomen in de lijst van bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Regel 57a van deze regeling bepaalt dat een benzodiazepine-agonist alleen voor vergoeding in aanmerking komt als:
1. onderhoudsbehandeling bij epilepsie of als behandeling bij epileptisch insult, of
 2. behandeling van angststoornissen, waarbij medicamenteuze therapie met ten minste twee antidepressiva overeenkomstig de geldende richtlijnen, heeft gefaald, of
 3. behandeling bij multipole psychiatrische problematiek, waarbij behandeling met hoge doses benzodiazepinen noodzakelijk is, of
 4. palliatieve sedatie bij terminale zorg.

Dit betekent dat oxazepam uitsluitend verzekerde zorg is voor verzekerden die aan de hiervoor genoemde voorwaarden voldoen. De apotheker beoordeelt vooraf aan de hand van de artsenverklaring of de verstrekking van een geneesmiddel aan de vergoedingsvoorwaarden voldoet. Als een verzekerde aan de voorwaarden voldoet, declareert de apotheker de kosten rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar. Als een verzekerde niet aan de voorwaarden voldoet, dan brengt de apotheker de kosten bij betrokkene in rekening. Dit volgt ook uit artikel 4.4.2, onder b, van het Reglement Farmacie van de ziektekostenverzekeraar. Uit het feit dat de kosten van oxazepam aan verzoeker zijn berekend, leidt de ziektekostenverzekeraar af dat niet wordt voldaan aan de voorwaarden van regel 57a van bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

- 4.3. In reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut van 6 januari 2025 stelt de ziektekostenverzekeraar dat hij heeft geprobeerd informatie op te vragen bij de apotheker van verzoeker. Hiervoor is echter de toestemming van verzoeker nodig. Bij brief van 23 januari 2025 heeft verzoeker zijn toestemming geweigerd, zodat informatie opvragen bij de apotheker niet mogelijk is. Op 30 januari 2025 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat hij zelf contact heeft gehad met de apotheek. Verzoeker meldt dat de apotheker hem heeft verteld dat de factuur niet rechtstreeks is ingediend bij de ziektekostenverzekeraar omdat er geen B2 code op het recept stond. Hiertoe merkt de ziektekostenverzekeraar op dat een voorschrijver door middel van een B2 code op het recept kan aangeven dat de verzekerde voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden, waardoor het geneesmiddel voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Nu er geen B2 code op het recept stond, was de voorschrijver kennelijk van oordeel dat verzoeker niet voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden. Uit het voorgaande leidt de ziektekostenverzekeraar af dat de kosten van oxazepam door de apotheek terecht niet rechtstreeks bij hem zijn gedeclareerd.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn eerdere standpunt herhaald en ter aanvulling toegelicht dat de wetgever de keuze heeft gemaakt om bepaalde vormen van zorg, zoals kraamzorg, ketenzorg en zorg voor kinderen tot 18 jaar, uit te sluiten van de eigen risicoregeling. De vormen van zorg waarop de eigen risicoregeling niet van toepassing is staan beschreven in artikel 2.17 van het Besluit zorgverzekering. Ook ten aanzien van de stelling van verzoeker dat hij te maken heeft met andere zorgkosten die voor zijn rekening blijven geldt dat dit keuzes van de wetgever zijn. Voor verzekerden met hoge zorgkosten zijn er compensatieregelingen in het leven geroepen. Het is aan verzoeker om hiervan al dan niet gebruik te maken.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 6 januari 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Oxazepam is een extramuraal geneesmiddel. Het geneesmiddel is opgenomen in het GVS met aanvullende vergoedingsvoorwaarden zoals vermeld in bijlage 2 van de Rzv. Oxazepam is een benzodiazepinereceptor-agonist, waarop de voorwaarden van artikel 57a Bijlage 2 Rvz van

toepassing zijn. Oxazepam komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking voor een verzekerde die dit geneesmiddel gebruikt als:

- 1 Onderhoudsbehandeling bij epilepsie of als behandeling bij epileptisch insult;
- 2 Behandeling van angststoornissen, waarbij medicamenteuze therapie met ten minste twee antidepressiva overeenkomstig de geldende richtlijnen heeft gefaald;
- 3 Behandeling bij multiële psychiatrische problematiek, waarbij behandeling met hoge doses benzodiazepinen noodzakelijk is; of
- 4 Palliatieve sedatie bij terminale zorg.

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet duidelijk op grond van welke indicatie verzoeker vergoeding vraagt voor het geneesmiddel oxazepam. Hierdoor kan er niet worden beoordeeld of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van oxazepam ten laste van de basisverzekering.

Nader onderzoek

Het dossier bevat onvoldoende informatie om te beoordelen of verzoeker voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden van oxazepam. Om te kunnen beoordelen of verzoeker voldoet aan de in bijlage 2 Rzv gestelde voorwaarden voor oxazepam dient informatie aan het dossier toegevoegd te worden met betrekking tot het volgende:

- Medische informatie van de behandelend arts met betrekking tot de indicatie en behandeling van verzoeker met oxazepam.
- Informatie van de apotheker, indien de apotheker het niet eens is met de voorschrijvend arts over de indicatie en het middel daarom niet rechtstreeks declareert bij verweerder.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande."

- 5.2. In het nader voorlopig advies van 5 maart 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Zoals in het voorlopig advies d.d. 6 januari 2025 reeds aangegeven betreft oxazepam een extramuraal geneesmiddel. Het geneesmiddel is opgenomen in het GVS met aanvullende vergoedingsvoorwaarden zoals vermeld in bijlage 2 van de Rzv. Oxazepam is een benzodiazepinereceptor-agonist, waarop de voorwaarden van artikel 57a Bijlage 2 Rzv van toepassing zijn. Oxazepam komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking voor een verzekerde die dit geneesmiddel gebruikt als:

- 1 Onderhoudsbehandeling bij epilepsie of als behandeling bij epileptisch insult;
- 2 Behandeling van angststoornissen, waarbij medicamenteuze therapie met ten minste twee antidepressiva overeenkomstig de geldende richtlijnen heeft gefaald;
- 3 Behandeling bij multiële psychiatrische problematiek, waarbij behandeling met hoge doses benzodiazepinen noodzakelijk is; of
- 4 Palliatieve sedatie bij terminale zorg.

Uit zijn brief d.d. 23 januari 2025 blijkt dat verzoeker weigert medische informatie te verstrekken met betrekking tot het gebruik van oxazepam. Ook uit de overige aanvullende informatie blijkt niet dat verzoeker het middel gebruikt voor één van de hierboven genoemde indicaties. Derhalve is niet aangetoond dat wordt voldaan aan de voorwaarden van artikel 57a, Bijlage 2 van de Rzv.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoeker voldoet aan de voorwaarden voor oxazepam zoals beschreven in art. 57a, Bijlage 2 Rzv.

Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van oxazepam ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker voldoet niet aan de voorwaarden voor oxazepam zoals beschreven in art. 57a, Bijlage 2 Rzv."

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 18 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 farmaceutische zorg en het verplicht eigen risico 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.

Verrekening eigen risico

- 7.2. De commissie overweegt dat iedere verzekerde van 18 jaar en ouder in 2024 een wettelijk verplicht eigen risico had van € 385,-. Dit is door de ziektekostenverzekeraar vermeld in artikel 2.8 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin staat: *"Het verplichte eigen risico is het bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk 3. Inhoud van de verzekering van deze verzekeringsvoorwaarden, dat verplicht voor uw rekening blijft. Voor verzekerden van achttien jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 385,- per kalenderjaar."* Deze bepaling uit de voorwaarden van de zorgverzekering komt overeen met hetgeen de wetgever heeft opgenomen in artikel 19 Zvw. Het wettelijk verplicht eigen risico geldt niet voor die vormen van zorg en/of in die situaties die zijn vermeld in artikel 2.17 Bzv. De ziektekostenverzekeraar heeft een en ander vermeld in artikel 2.8.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Gelet op het voorgaande constateert de commissie dat de ziektekostenverzekeraar in zijn verzekeringsvoorwaarden geen van de wet afwijkende bepalingen heeft opgenomen.
- 7.3. Verzoeker stelt, onder verwijzing naar diverse internationale verdragen, waaronder het EVRM, het VN Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap en het IVBPR, dat hij vanwege zijn beperkingen steeds het eigen risico verschuldigd is, terwijl dit voor gezonde verzekerden niet het geval is, hetgeen leidt tot discriminatie. Staten hebben in dit verband weliswaar een zekere beoordelingsmarge, maar volgens verzoeker blijkt uit de jurisprudentie dat deze margin of appreciation kleiner is aangaande de gelijke behandeling van mensen met een handicap of beperking (ECLI:NL:CRVB:2024:1525 en ECLI:NL:CRVB:2020:2906, HUDOC 13444/04). De commissie volgt verzoeker niet in zijn stelling. De margin of appreciation-doctrine is ontwikkeld door het EHRM en betreft de verhouding tussen het Hof en de verdragsstaten in het kader van de toepassing van het EVRM. Uitgangspunt hierbij is de erkenning door het Hof van de diversiteit die tussen de verdragsstaten bestaat en de eerbiediging van de beoordelingsmarge die staten hebben om door middel van democratische wetgeving toepassing te geven aan het EVRM.
- 7.4. Ook het beroep van verzoeker op artikel 5, lid 1, van het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap kan niet slagen. In het voornoemde verdragsartikel erkennen de verdragsstaten dat iedereen gelijk is voor de wet en zonder onderscheid aanspraak heeft op gelijke

bescherming en gelijke voordelen die de wet biedt. Volgens lid 2 van hetzelfde artikel verbieden deze staten discriminatie op grond van handicap en waarborgen zij dat personen met een handicap op gelijke voet effectieve juridische bescherming genieten tegen discriminatie, ongeacht de grond daarvan. Deze bepalingen uit artikel 5 vertonen overeenkomsten met artikel 1 van het Twaalfde Protocol bij het EVRM en artikel 26 van het IVBPR. In de uitspraak 27 juni 2021 (zie ECLI:NL:CRVB:2021:1888) oordeelt de Centrale Raad van Beroep dat deze bepalingen directe werking hebben (vgl ECLI:NL:CRVB:2020:2906), tegelijkertijd kan ook een mogelijke ongelijke behandeling op grond van artikel 5 VN verdrag inzake de rechten van personen met een handicap gerechtvaardigd worden met een beroep op objectieve en redelijke gronden.

- 7.5. Zowel wat betreft het beroep op het EVRM als het beroep op de internationale verdragen overweegt de commissie dat de wetgever heeft besloten in de Zvw en de hierop gebaseerde uitvoeringsbesluiten op basis van individuele omstandigheden geen uitzonderingen te maken op de eigen risicoregeling. Deze keuze is gemaakt omdat het maken van uitzonderingen bezwaarlijk wordt gevonden nu het hebben van een beperking niet steeds automatisch leidt tot hoge zorgkosten en het jaarlijks vol maken van het eigen risico. Bovendien kunnen ook andere verzekerden door omstandigheden in achtereenvolgende jaren met een eigen risico worden geconfronteerd. Voorts kan worden opgemerkt dat het wettelijk verplicht eigen risico in omvang beperkt is, en dat, anders dan verzoeker kennelijk veronderstelt, dit verplicht eigen risico niet uitsluitend tot doel heeft verzekerden ‘kostenbewust’ te maken. Het verplicht eigen risico leidt er namelijk ook toe dat een deel van de schadelast niet via de premie bij de verzekerden terecht komt.
- Het voorgaande in aanmerking nemend, kan niet zonder meer worden geconcludeerd dat verzekerden met een beperking voor de toepassing van de eigen risicoregeling per definitie anders worden behandeld dan zij die geen beperking hebben. Voor zover dit feitelijk wel het geval zou zijn – omdat voor een deel van deze groep geldt dat het verplicht eigen risico jaarlijks wordt vol gemaakt – bestaat hiervoor een objectieve en redelijke rechtvaardiging, terwijl de eventueel hierdoor optredende inkomenseffecten voor degenen met een lager inkomen grotendeels worden gemitigeerd door de zorgtoeslag.

Vergoeding oxazepam

- 7.6. Bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen, voor zover aangewezen door de ziektekostenverzekeraar, komen voor vergoeding in aanmerking ten laste van de zorgverzekering. Dit volgt uit artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, Bzv. Deze geneesmiddelen zijn blijkens artikel 2.5 Rzv vermeld op bijlage 1 Rzv, waarbij in bijlage 2 Rzv nadere criteria kunnen zijn opgenomen. Artikel 3.6 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. Uit het voorlopig advies van het Zorginstituut van 6 januari 2025 volgt dat oxazepam een benzodiazepine-agonist betreft. Dit geneesmiddel is opgenomen op bijlage 2 Rzv, hetgeen betekent dat het alleen voor vergoeding in aanmerking komt als wordt voldaan aan bepaalde voorwaarden. Artikel 57a van Bijlage 2 Rzv luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"57a. Benzodiazepinereceptor-agonist, met uitzondering van diazepam

Voorwaarde:

uitsluitend voor een verzekerde die dit geneesmiddel gebruikt als:

- a. onderhoudsbehandeling bij epilepsie of als behandeling bij epileptisch insult,*
- b. behandeling van angststoornissen, waarbij medicamenteuze therapie met ten minste twee antidepressiva overeenkomstig de geldende richtlijnen, heeft gefaald,*
- c. behandeling bij multiple psychiatrische problematiek, waarbij behandeling met hoge doses benzodiazepinen noodzakelijk is, of*
- d. palliatieve sedatie bij terminale zorg."*

- 7.7. Door de ziektekostenverzekeraar is verklaard dat hij de beoordeling of verzekerden voldoen aan de voorwaarden om voor verstrekking van geneesmiddelen in aanmerking te komen heeft overgelaten

aan de apothekers. Indien een verzekerde niet voldoet aan de voorwaarden, dan brengt de apotheker de kosten bij de verzekerde in rekening. Dit volgt ook uit artikel 4.4.2, onder b, van het Reglement Farmacie van de ziektekostenverzekeraar. De commissie overweegt dat uit de aanvankelijk door partijen overlegde stukken niet bleek of verzoeker aan de in artikel 57a van Bijlage 2 Rzv genoemde voorwaarden voldeed. Om die reden heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies van 6 januari 2025 nader onderzoek geadviseerd. De commissie heeft het advies van het Zorginstituut opgevolgd en verzoeker verzocht medische informatie te verstrekken. Verzoeker heeft vervolgens bij brief van 23 januari 2025 verklaard geen medische informatie over te willen leggen en daarnaast geen toestemming te willen verlenen aan de ziektekostenverzekeraar om informatie op te vragen bij de apotheker. De commissie merkt op dat indien verzoeker aanspraak wenst te maken op vergoeding van oxazepam, het aan hem is aan te tonen dat hij voldoet aan de voorwaarden van artikel 57a van Bijlage 2 Rzv. Nu hij hierin niet is geslaagd, heeft de ziektekostenverzekeraar de door verzoeker ingediende declaratie ter zake terecht afgewezen. Overigens heeft verzoeker op een later moment navraag gedaan bij de apotheker, waarbij deze zou hebben verklaard dat op het recept door de voorschrijver niet de code B2 werd vermeld. Ook volgens deze voorschrijver voldoet verzoeker, gelet op de door de ziektekostenverzekeraar gegeven toelichting op code B2, aldus niet aan de vergoedingsvoorwaarden.

- 7.8. Verzoeker heeft gesteld dat iedereen met dezelfde zorgverzekering dezelfde medicatie vergoed zou moeten krijgen, ongeacht de aandoening. Zoals hiervoor is toegelicht, heeft de wetgever hiervoor niet gekozen, maar gelden voor bepaalde geneesmiddelen juist specifieke indicatievoorwaarden, die zijn opgenomen in de wet- en regelgeving. De commissie kan in die beslissing van de wetgever niet treden.

Voor zover verzoeker stelt dat de afwijzing van vergoeding van oxazepam niet op zichzelf staat en dat sprake is van een 'stapeleffect' geldt dat de wetgever – zoals hiervoor al opgemerkt - grenzen aan de kosten heeft gesteld, met name door het verplicht eigen risico te beperken tot € 385,- per kalenderjaar en de eigen bijdrage voor geneesmiddelen te maximeren op € 250,- per kalenderjaar. Daarmee wordt een 'stapeleffect' begrensd, althans met betrekking tot verzekerde zorg waarop de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen en in geval ook aan de overige voorwaarden is voldaan. Indien een 'stapeleffect' het gevolg is van eigen keuzes van de verzekerde, bijvoorbeeld door te kiezen voor niet verzekerde zorg of - zoals in de situatie van verzoeker - door een geneesmiddel af te nemen waarbij niet is voldaan aan de geldende indicatievoorwaarden, dan bestaat geen grond om de kosten hiervan voor rekening van de ziektekostenverzekeraar te laten komen.

Slotsom

- 7.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 mei 2025,

J.W. Heringa

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

2.7.13 Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van:

- a. de eigen bijdrage die u bent verschuldigd op grond van de Wlz;
- b. de kosten van alternatieve geneeswijzen;
- c. laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een zorgverlener die op dat moment in de rol van alternatief of complementair arts werkt.
- d. declaraties als gevolg van keuringen, attesten en griep- en andere vaccinaties, tenzij in deze voorwaarden anders is bepaald;
- e. sancties opgelegd door zorgaanbieders, bijvoorbeeld het doorberekenen van niet nagekomen afspraken of het door de zorgaanbieder berekenen van rente wegens het niet tijdig betalen van een nota;
- f. schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf;
- g. vruchtbaarheidsgelateerde zorg voor een vrouwelijke verzekerde van 43 jaar of ouder, tenzij er sprake is van een IVF-poging die is begonnen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;
- h. zorg of diensten die zijn uitgevoerd door uzelf. Voor zorg of een dienst geleverd door uw partner, gezinslid en/of familielid in de eerste en tweede graad dienen wij u vooraf toestemming te geven, als u deze zorg of dienst ook bij ons wilt declareren. Wij geven alleen toestemming in uitzonderlijke gevallen. Er is sprake van een uitzonderlijk geval als u kunt aantonen dat het noodzakelijk is dat de zorg of dienst uitgevoerd moet worden door een familielid en niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd. U hoeft geen toestemming te vragen wanneer de zorg wordt geleverd in het kader van een persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging;
- i. vormen van zorg of overige diensten die op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 of mogelijke andere wettelijke voorschriften voor vergoeding in aanmerking komen. De aard van de zorgbehoefte bepaalt uit welke wet u de zorg vergoed krijgt. Als er onduidelijkheid bestaat over de aanspraak, houden wij ons het recht voor om met alle betrokken partijen (zoals u, CIZ, gemeente, zorgverlener, mantelzorger) in gesprek te gaan, om te bepalen uit welke wet of voorziening recht op zorg bestaat. De aanspraak onder de basisverzekering eindigt wanneer de zorg kan worden bekostigd vanuit de Wlz.

2.8 Eigen risico

2.8.1 Verplicht eigen risico

Het verplichte eigen risico is het bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk 3. [Inhoud van de verzekering](#) van deze verzekeringsvoorwaarden, dat verplicht voor uw rekening blijft. Voor verzekerden van achttien jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 385,- per kalenderjaar.

Tip

Verwacht u uw verplichte eigen risico in het komende kalenderjaar volledig op te maken? Dan bieden wij u de mogelijkheid het eigen risico gespreid te betalen. Kijkt u voor meer informatie op onze website of neem contact met ons op.

2.8.2 Vrijwillig eigen risico

Het vrijwillige eigen risico is het met u als verzekeringnemer overeengekomen bedrag per kalenderjaar aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk 3. [Inhoud van de verzekering](#) van deze verzekeringsvoorwaarden, dat u naast het verplichte eigen risico voor uw eigen rekening neemt. Als u kiest voor een vrijwillig eigen risico, ontvangt u van De Friesland een premiekorting. U kunt kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,-.

Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillige eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet de wijziging uiterlijk op 31 december van het voorafgaande kalenderjaar aan De Friesland doorgeven.

2.8.3 Wanneer is het eigen risico niet van toepassing

Zowel het verplichte als het vrijwillige eigen risico zijn niet van toepassing op de kosten van:

- a. verloskundige zorg, kraamzorg, NIPT en invasieve diagnostiek (bijv. vlokcentest en vruchtwaterpunctie). Hiermee samenhangende kosten, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek (in andere gevallen dan in het kader van de NIPT en invasieve diagnostiek) of ziekenvervoer tellen wel mee voor het eigen risico;
- b. het gebruik van zorg zoals huisartsen die bieden, inclusief preventieve voetzorg bij verhoogd risico op voetulcera en de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Wel onder het eigen risico vallen de kosten van:
 - geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen als bedoeld in artikel [3.8.5 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen](#);
 - door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek, als dat onderzoek onder de dekking van deze verzekering valt, elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht;
- c. zorg aan de donor na afloop van een periode van dertien weken of, in geval van een levertransplantatie, een half jaar, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor voor selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest. De zorg moet verband houden met die opnemings;
- d. vervoer van de donor als bedoeld in artikel [3.17 Transplantaties van weefsels en organen](#), Inhoud zorg, onder e. en f., als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten;
- e. hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt;
- f. zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg);
- g. verpleging en verzorging zonder verblijf als bedoeld in artikel [3.21 Verpleging en verzorging zonder verblijf \(wijkverpleging\)](#);
- h. de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek;
 - i. zorg bij stoppen-met-rokenprogramma (gedragmatige ondersteuning en medicatie).
- j. de kosten van zorg of overige diensten die in een bepaald kalenderjaar zijn gemaakt, maar waarvan wij de nota's pas na 31 december van het daaropvolgende kalenderjaar ontvangen. Als het aan u te wijten is dat de rekening niet voor die dag is ingediend, vallen de kosten wel onder het eigen risico;
- k. de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Met inschrijvingskosten bedoelen wij:
 1. het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
 2. vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling. Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met uw huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft.

2.8.4 Berekening vrijwillig en verplicht eigen risico

- a. De Friesland brengt kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplichte als het vrijwillige eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplichte eigen risico.
- b. In die gevallen waarin u op grond van deze verzekeringsvoorwaarden een eigen bijdrage bent verschuldigd, telt deze eigen bijdrage niet mee voor het eigen risico. Ook overige kosten die voor uw eigen rekening blijven, worden voor toepassing van het eigen risico buiten beschouwing gelaten.
- c. Als een verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt, gaat het eigen risico in vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.
- d. Als de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt of eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast op basis van het werkelijk aantal dagen in het kalenderjaar.
- e. Kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Wanneer in twee achtereenvolgende kalenderjaren zorg is genoten die door de zorgaanbieder in één bedrag in rekening wordt gebracht, worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin met de zorg is begonnen. Voor de vaststelling van het eigen risico wordt een DBC dus toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. In het buitenland wordt een behandeling niet gedeclareerd in de vorm van een DBC. De behandeldatum is in dat geval bepalend voor het eigen risico dat wij toepassen.
- f. Als De Friesland de kosten van verleende hulp rechtstreeks aan de zorgaanbieder heeft vergoed, dan brengt De Friesland u achteraf het eventueel verschuldigde eigen risico in rekening. Voorafgaand aan het incasseren van het eigen risico krijgt u een specificatie van de kosten die ten laste komen van het eigen risico. Hierop wordt ook aangegeven wanneer en op welke manier het verschuldigde bedrag zal worden geïncasseerd. Heeft u nog een bedrag aan verplicht en/of vrijwillig eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag worden verrekend of bij u worden teruggevorderd. Dit kan ook verrekend worden met declaraties ten laste van uw persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging.

2.9 Premiebetaling

Let op!

Wij hebben het liefst dat u (verzekeringnemer) de volgende bedragen via een automatische incasso of betaalmail betaalt:

- premie;
- verplicht en vrijwillig eigen risico;
- wettelijke eigen bijdragen;
- eigen betalingen;
- eventuele overige vorderingen.

Kiest u (verzekeringnemer) ervoor om op een andere manier te betalen dan via een automatische incasso of betaalmail? Dan kan het zijn dat u daarvoor administratiekosten moet betalen.

- a. De premiegrondslag (bruto premie) voor deze verzekering staat vermeld op het polisblad en is ook te vinden op onze website. Op de premiegrondslag kan eventueel een korting op basis van een gekozen vrijwillig eigen risico worden toegepast. De verschuldigde premie bestaat uit de premiegrondslag na aftrek van een mogelijke korting in verband met een vrijwillig eigen risico.
- b. Als verzekeringnemer bent u verplicht de premie en de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen bij vooruitbetaling te voldoen. Dit kan per maand, kwartaal, halfjaar of kalenderjaar. Een uitzondering hierop geldt wanneer u deelneemt aan een collectiviteit die de premie rechtstreeks aan ons betaalt. In dat geval is alleen vooruitbetaling per maand mogelijk.
- c. U betaalt als verzekeringnemer de premie en overige verschuldigde bedragen door middel van een automatische incasso, via een overzicht of met een elektronische betaling.
- d. Bij vooruitbetaling per half jaar geldt een korting van 0,5% en bij vooruitbetaling per jaar bedraagt de korting 1%. Deze korting wordt berekend over de verschuldigde premie. Heeft u als verzekeringnemer ervoor gekozen om premie te betalen per kwartaal of(half)jaar? En betaalt u de premie niet binnen de betalingstermijn die wij hebben gesteld? Dan mogen wij u de premie weer per maand laten betalen. Het gevolg hiervan is dat u geen recht meer heeft op een eventuele betalingskorting.

3.6 Farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten)

Inhoud zorg

Onder farmaceutische zorg verstaan wij:

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

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

a. Geregistreerde geneesmiddelen

U heeft recht op geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering en het daarbij horende advies en de begeleiding door degene die het geneesmiddel aan u ter hand stelt. In bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering wordt het recht op een aantal in bijlage 1 opgenomen geneesmiddelen beperkt tot de in bijlage 2 genoemde indicaties. U heeft dan alleen recht op het geneesmiddel wanneer u dat voor één van deze indicaties gebruikt. Bijlagen 1 en 2 kunt u raadplegen via wetten.overheid.nl. Zie voor meer informatie ons Reglement Farmaceutische Zorg.

Op welk geneesmiddel heeft u recht

U heeft niet automatisch aanspraak op alle merken geneesmiddelen. U heeft recht op een middel dat de werkzame stof bevat die de huisarts of medisch specialist heeft voorgeschreven. Controle van de overheid garandeert dat alle (merken) geneesmiddelen aan dezelfde eisen voldoen. 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 grond van ons preferentiebeleid hebben aangewezen of het geneesmiddel dat de apotheek heeft aangewezen. U kunt de actuele lijst van aangewezen geneesmiddelen vinden op onze website. In uitzonderlijke gevallen kan het voorkomen dat u vanwege een medische noodzaak (bijvoorbeeld een allergie of een intolerantie voor bepaalde hulpstoffen) toch op een duurder geneesmiddel van een ander merk bent aangewezen. De voorschrijver 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 ons Reglement Farmaceutische Zorg. In dit reglement staat ook nog een aantal aanvullende bepalingen voor het recht op specifieke geneesmiddelen. U heeft alleen recht op deze geneesmiddelen als u voldoet aan deze bepalingen.

b. Rationele farmacotherapie (niet-geregistreerde geneesmiddelen)

U heeft recht op niet-geregistreerde geneesmiddelen en het daarbij horende advies en de begeleiding door degene die het geneesmiddel aan u ter hand stelt, mits er sprake is van rationele farmacotherapie. Bij rationele farmacotherapie gaat het om geneesmiddelen die in de apotheek zijn bereid of geneesmiddelen die op verzoek van uw arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, lid 1 onder mm van de Geneesmiddelenwet. Verder kan het gaan om geneesmiddelen die in de handel zijn in een ander land en bestemd zijn voor een patiënt die lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Zie voor de nadere voorwaarden ons Reglement Farmaceutische Zorg.

Onder rationele farmacotherapie verstaan wij de behandeling van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en de effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering.

Zie voor meer informatie ons Reglement Farmaceutische Zorg.

c. Dieetpreparaten

U heeft alleen recht op dieetpreparaten als:

- u een aandoening heeft waarbij toediening van deze preparaten een essentieel onderdeel is van adequate zorg;
- u niet kunt uitkomen met normale aangepaste voeding en/of dieetproducten;
- 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 wetten.overheid.nl;
- uw arts of diëtist een 'Verklaring dieetpreparaten' heeft ingevuld en de medische speciaalzaak of apotheek heeft vastgesteld dat u aan de voorwaarden voor vergoeding voldoet.

Zie voor meer informatie ons Reglement Farmaceutische Zorg.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- a. 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);
- b. geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- c. farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat u daar geen recht op heeft;
- d. geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, derde lid, onder b van de Geneesmiddelenwet;
- e. geneesmiddelen die staan in artikel 40, derde lid, onder f van de Geneesmiddelenwet;
- f. geneesmiddelen die (nagenoeg) gelijkwaardig zijn aan een niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- g. zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen;
- h. alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg;
- i. homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen;
- j. niet geregistreerde allergenen, tenzij de behandeling met een geregistreerd allergeen niet mogelijk is. U heeft alleen recht op een niet geregistreerd allergeen als wij hiervoor een machtiging op individuele basis hebben afgegeven.

Wie mag de zorg genoemd onder a. t/m c. verlenen

Geneesmiddelen: een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers zoals bedoeld in artikel 61, vijfde lid van de Geneesmiddelenwet of een apotheekhoudend huisarts aan wie krachtens artikel 61 tiende of elfde lid van de Geneesmiddelenwet vergunning is verleend geneesmiddelen te leveren.

Instructie bij een aan een geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel mag uitsluitend worden gegeven door de apotheek of apotheekhoudend huisarts die het betreffende geneesmiddel aan u terhandstelt.

Dieetpreparaten: hiervoor contracteren wij alleen medische speciaalzaken. Een apotheek mag de dieetpreparaten ook leveren, maar dan is de vergoeding maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Voorschrift

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). Voor dieetpreparaten is een voorschrift nodig van een arts of diëtist.

Toestemming vooraf

In ons Reglement Farmaceutische Zorg kunt u vinden wanneer u voorafgaande toestemming van De Friesland nodig heeft.

Eigen bijdrage

Sommige geneesmiddelen zijn door de overheid ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen. Per groep van onderling vervangbare geneesmiddelen is een vergoedingslimiet vastgesteld. Deze is afgeleid van de gemiddelde prijs van de geneesmiddelen in deze groep. Is de werkelijke prijs van het geneesmiddel hoger, dan betaalt u zelf het verschil als eigen bijdrage met een maximum van € 250,- per kalenderjaar. Als uw basisverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, berekenen wij deze eigen bijdrage als volgt: $\text{€ 250} \times (\text{het aantal dagen van het kalenderjaar waarop de basisverzekering heeft gelopen of zal gaan lopen}) : 365 = \text{het bedrag van de eigen bijdrage, afgerond op hele euro's}$. In bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering zijn in onderdeel A de geneesmiddelen genoemd waarvoor een vergoedingslimiet geldt. Bijlage 1 wijzigt iedere maand en kunt u raadplegen via wetten.overheid.nl.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders. Een eventueel verschuldigde eigen bijdrage vergoeden wij niet.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico, met uitzondering van de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek.

3.7 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Inhoud zorg

U heeft vanaf de leeftijd van 18 jaar recht op deze zorg als u een psychische stoornis heeft. Is het nodig dat u wordt opgenomen voor de behandeling van uw psychische stoornis? Dan heeft u naast de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ook recht op:

- a. verblijf met verpleging en verzorging;
- b. paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die tijdens het verblijf bij de behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg worden begrensd door wat klinisch psychologen en psychiaters (medisch specialisten) als zorg plegen te bieden.

Psychiatrische ziekenhuisopname

U heeft vanaf de leeftijd van 18 jaar recht op medisch noodzakelijk verblijf in een GGZ-instelling gedurende ten hoogste 1095 dagen (drie jaar). De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1095 dagen:

- a. verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- b. niet-psychiatrisch ziekenhuisverblijf;
- c. eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen beschouwen wij niet als onderbreking. Een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de drie jaar. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de drie jaar.

Is het in verband met de behandeling noodzakelijk dat u langer dan 1095 dagen opgenomen blijft? Dan kunt u in overleg met uw zorgverlener een indicatie aanvragen voor de Wet langdurige zorg.

Zorgverzekeringswet

Artikel 19

1. Iedere verzekerde van achttien jaar of ouder heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar.
2. Het bedrag, genoemd in het eerste lid, wordt jaarlijks geïndexeerd overeenkomstig het verschil in geraamde uitgaven voor de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, tussen het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking zal hebben en vergelijkbare uitgaven voor het jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar.
3. Indien het geïndexeerde bedrag naar beneden afgerond € 5 of een veelvoud daarvan verschilt van het in het eerste lid genoemde bedrag, wordt dit bedrag bij ministeriële regeling gewijzigd, waarna het in die regeling genoemde bedrag in de plaats treedt van het in het eerste lid genoemde bedrag.
4. Rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten worden slechts op het verplicht eigen risico in mindering gebracht, indien deze door de zorgverzekeraar zijn ontvangen voor een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dag van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, tenzij het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor die dag is ingediend.
5. In afwijking van het vierde lid is de zorgverzekeraar gerechtigd het verplicht eigen risico in rekening te brengen indien het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor de bij algemene maatregel van bestuur bepaalde dag is ingediend.
6. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald op welke wijze het verplicht eigen risico in mindering wordt gebracht.
7. Het tweede en derde lid blijven buiten toepassing voor de jaren 2019 tot en met 2025.

Artikel 21

1. Het percentage van de kosten van zorg of overige diensten dat ten laste gaat van het verplicht eigen risico, wordt bij algemene maatregel van bestuur vastgesteld.
2. In afwijking van het eerste lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvoor de kosten geheel, gedeeltelijk of in het geheel niet onder het verplicht eigen risico vallen.
3. In afwijking van het eerste lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvan de zorgverzekeraar, onder bij die maatregel te bepalen voorwaarden, kan bepalen dat de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen.
4. De zorgverzekeraar kan vormen van zorg of overige diensten aanwijzen waarvan de kosten niet onder het vrijwillig eigen risico vallen, met dien verstande dat bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten kunnen worden aangewezen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het vrijwillig eigen risico vallen.

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.