



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW  
Zorgverzekeraar U.A. en DSW Ziektekostenverzekeringen N.V. beide te Schiedam

Zaak : EU/EER, Spanje, farmaceutische zorg, dronedarone (Multaq®), overname machtiging

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019-2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlage  
1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019-2020, art. 19 Vo. nr.  
883/2004, art. 25 Vo. nr. 987/2009

Zaaknummer : 202001285

Zittingsdatum : 26 mei 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

1) Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A., en  
2) DSW Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Schiedam,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.


2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 16 december 2020 heeft verzoekster per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 maart 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 24 maart 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 27 april 2021 respectievelijk 29 april 2021 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.4. Op 15 april 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021011672) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 28 april 2021 aan partijen gestuurd. Daarbij zijn zij in de gelegenheid gesteld om op het advies van het Zorginstituut te reageren. Op 11 mei 2021 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.5. De reactie van verzoekster van 11 mei 2021 is op 12 mei 2021 aan het Zorginstituut gestuurd met de vraag of deze reactie aanleiding geeft het voorlopig advies aan te passen. Op 17 mei 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.


3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was vanaf 1 augustus 2019 tot en met 31 december 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Standaard (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster was tot en met 31 juli 2019 bij een andere zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten. Deze zorgverzekeraar heeft op 15 april 2019 aan verzoekster een akkoordverklaring afgegeven voor de tot en met 31 december 2019 in Spanje te maken kosten ter zake van het middel Multaq®.

 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten van het in Spanje aan haar afgeleverde middel Multaq® na 1 augustus 2019 te blijven vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 28 januari 2020 meegedeeld hiertoe niet over te gaan.

 3.4. De behandelend cardioloog in Spanje heeft op 31 maart 2020 per brief over verzoekster verklaard:


*“Bovengenoemde patiënte zie ik sinds 2013 op mijn spreekuren. Naast hypertensie en angineuze klachten is haar principiële cardiale probleem de aanvallen van hartritmestoornissen, paroxysmaal boezemfibrilleren geweest over de jaren. Verschillende bèta blockers en anti-aritmische medicatie bleek niet afdoende te zijn of niet te worden verdragen. Door een reeds jarenlang bestaand schildklierprobleem is amiodarone gecontra-indiceerd. Het enige medicament dat wordt verdragen en de hartritmestoornissen tot nu toe in bedwang houdt is dronedarone (merknaam in Nederland Multaq). Wereldwijd een veel gebruikt anti-aritmisch medicament met bewezen goede resultaten. Me realiserend dat dit medicament geen voorkeur geniet in Nederland heb ik het toch voorgeschreven daar er geen alternatieven meer waren en de hartritmestoornissen in dit geval de kwaliteit van leven ernstig benadelen.”*

 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Onder meer op 18 februari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

 3.6. Op 15 april 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:


*“Multaq® is geregistreerd voor het behoud van het sinusritme na succesvolle cardioversie bij volwassen, klinisch stabiele patiënten met paroxysmaal of persisterend atriumfibrilleren. Vanwege zijn veiligheidsprofiel mag het alleen voorgeschreven worden nadat andere behandelingsopties zijn overwogen. In 2010 heeft het Zorginstituut een bredere indicatie beoordeeld waarbij is geadviseerd om Multaq® niet op te nemen in het GVS. In 2013 heeft het Zorginstituut op verzoek van de minister opnieuw beoordeeld of Multaq® voor de genoemde indicatie opgenomen kan worden in het GVS. Het Zorginstituut heeft toen aan de minister geadviseerd om Multaq® niet op te nemen in het GVS omdat voor Multaq® tot behoud van sinusritme na cardioversie als laatste medicamenteuze behandeloptie geen meerwaarde is aangetoond ten opzichte van niet meer behandelen. De minister heeft dit advies opgevolgd. Multaq® is niet opgenomen in het GVS en komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.”*

#### 4. Geschil

 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van dronedarone (Multaq®), aan haar afgeleverd in Spanje sinds 1 augustus 2019, alsnog volledig moet vergoeden.

 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

#### 5. Bevoegdheid van de commissie

 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 13 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over farmaceutische zorg, artikel 19 van Vo. nr. 883/2004, en artikel 25 van Vo. nr. 987/2009 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

**Zorgverzekering**

- 6.2. De commissie maakt uit de stukken op dat verzoekster niet in Spanje woonachtig is, maar daar wel geregeld tijdelijk verblijft. Gelet op artikel 19 van Vo. nr. 883/2004 bestaat aanspraak op zorg die tijdens het verblijf in een andere EU-lidstaat medisch noodzakelijk wordt. Normaliter wordt de zorg in de lidstaat van verblijf in natura verleend op vertoon van de European Health Insurance Card (EHIC). Onduidelijk is of de EHIC door verzoekster is getoond. Kan de EHIC niet worden getoond of wordt deze door de zorgaanbieder niet geaccepteerd, dan voorziet artikel 25 van Vo. nr. 987/2009 in de mogelijkheid de voor rekening van de verzekerde gebleven kosten van de genoten zorg te declareren bij het uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering in de bevoegde lidstaat (in dit geval Nederland) of dat van de lidstaat van verblijf (hier Spanje). Een derde optie is dat het uitvoeringsorgaan van de bevoegde lidstaat nagaat welke vergoeding zou zijn verleend volgens de sociale ziektekostenverzekering van de lidstaat van verblijf. Dit wordt aangeduid als tarifieren. De commissie begrijpt dat verzoekster heeft gekozen voor de vierde mogelijkheid, te weten de kosten bij de ziektekostenverzekeraar te declareren op grond van de zorgverzekering. Dit brengt met zich dat zij is gebonden aan de Nederlandse wet- en regelgeving, alsmede aan de verzekeringsvoorwaarden van de ziektekostenverzekeraar. Ten aanzien van de aanspraken op grond van de zorgverzekering overweegt de commissie het volgende.
- 6.3. Op grond van artikel 34, vijfde lid, van de voorwaarden van zorgverzekering en het Reglement farmaceutische zorg (2019 en 2020) bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van door de minister aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Dronedarone (Multaq®) is weliswaar geregistreerd, maar het vroegere College voor Zorgverzekeringen (nu het Zorginstituut) heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het laatst op 30 juli 2013 geadviseerd dit middel niet aan te wijzen als een te verzekeren prestatie en op te nemen in het GVS. De commissie stelt vast dat dit advies destijds door de minister is overgenomen zodat geen sprake is van verzekerde zorg.
- 6.4. Het voorgaande betekent dat dronedarone (Multaq®) niet ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed, zoals ook door het Zorginstituut is geadviseerd. De stelling van verzoekster dat genoemd middel het enige middel is dat wordt verdragen en de hartritmestoornissen in bedwang kan houden, maakt het voorgaande niet anders. Hetzelfde gaat op voor haar stelling dat andere, goedkopere, middelen leiden tot problemen met haar schildklier. Voor de beoordeling van een verzoek om verstrekking of vergoeding ten laste van de zorgverzekering is beslissend of de desbetreffende zorg onder de verzekeringsdekking valt, en dat is hier niet het geval.

**Aanvullende ziektekostenverzekering**

- 6.5. Op grond van het bepaalde op pagina 9 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van homeopathische geneesmiddelen. Voorwaarde om voor vergoeding in aanmerking te komen is dat het homeopathisch middel moet zijn opgenomen als geregistreerd homeopathisch geneesmiddel of als antroposofisch middel in de lijst van de Z-Index. Dronedarone (Multaq®) is niet als zodanig

geregistreerd zodat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak op vergoeding bestaat.

### Overname machtiging

6.6. Verzoekster heeft een machtiging overgelegd van de zorgverzekeraar waar zij tot en met 31 juli 2019 was verzekerd tegen ziektekosten. Uit deze machtiging, die dateert van 15 april 2019, blijkt dat de zorgverzekeraar de kosten van Multaq® zal vergoeden tot en met 31 december 2019. De vraag die rijst is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is deze afgegeven machtiging over te nemen. Artikel 14, vijfde lid, Zvw bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar een machtiging die door een andere zorgverzekeraar aan een verzekerde is verleend, in beginsel moet respecteren. Het gaat hierbij om machtigingen die vóór het einde van de eerdere zorgverzekering aan een verzekerde zijn verleend en die aflopen na het einde van deze verzekering. Daarnaast geldt dat het moet gaan om machtigingen die zijn verleend omdat op basis van de geldende polisvoorwaarden voorafgaande toestemming, een verwijzing of een recept was vereist. Artikel 15 van de voorwaarden van de zorgverzekering is op dit artikel van de Zvw gebaseerd.

6.7. Uit het voorgaande volgt dat het bij de eis van voorafgaande toestemming steeds gaat om op grond van artikel 11 Zvw te verzekeren zorg en overige diensten. In de onderhavige situatie heeft verzoekster van haar voormalige zorgverzekeraar een machtiging ontvangen voor Multaq®. Dit geneesmiddel behoorde (ook) in 2019 niet tot de te verzekeren zorg en overige diensten als bedoeld in artikel 11 Zvw. De voorwaarden van de destijds door verzoekster afgesloten zorgverzekering vereisten bovendien niet dat voor dit geneesmiddel voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig was. Dat geen sprake is van te verzekeren zorg blijkt overigens ook uit het in de machtiging gemaakte voorbehoud dat het geneesmiddel niet in Nederland bij een apotheek kan worden afgenomen. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de door de vorige zorgverzekeraar afgegeven machtiging geen betrekking had op de zorgverzekering en - dus - uitsluitend van kracht was in de rechtsverhouding tussen die verzekeraar en verzoekster. De ziektekostenverzekeraar was daarom niet gehouden deze te beschouwen als een gegeven toestemming tegen de achtergrond van artikel 14, vijfde lid, Zvw, die door hem moet worden overgenomen.

6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 mei 2021,

G.R.J. de Groot

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

3. Europese wet- en regelgeving  
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg 100% tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

**lid 4 Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

**lid 4.1 Kunstgebit (volledige gebitsprothese) door tandarts of tandprotheticus**

**lid 4.1.1 Te vergoeden zorgkosten**

Wij vergoeden

- a. 75% van de kosten voor het aanmeten en plaatsen van een uitneembaar volledig kunstgebit of een volledig noodkunstgebit (volledige immediaatprothese) voor de boven- en/of onderkaak;
- b. 90% van de kosten van de reparatie en/of het rebasen (opvullen) van een bestaande uitneembare volledig kunstgebit.

**lid 4.1.2 Voorwaarden**

*Machtiging*

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven wanneer:

- a. de totale kosten van het volledig (nood)kunstgebit vervaardigd en geplaatst door een tandarts of tandprotheticus, inclusief techniekkosten, meer dan € 560,- per onder- of bovenkaak bedragen;
- b. het volledig kunstgebit binnen vijf jaar na aanschaf wordt vervangen, met uitzondering van het vervangen van een noodkunstgebit;
- c. wanneer het volledige boven- en/of onder (nood)kunstgebit gemaakt en geplaatst wordt door een zorgaanbieder die is verbonden aan een CBT.

Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

*Eigen bijdrage*

Er geldt een eigen bijdrage van 25% van de kosten voor het aanmeten en plaatsen van een uitneembaar volledig (nood) kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak.

Wanneer het volledig (nood) kunstgebit wordt vervaardigd in een CBT geldt eveneens een eigen bijdrage van 25% van de kosten. De eigen bijdrage voor een rebasing (opvullen) of reparatie van een bestaande uitneembare volledig kunstgebit bedraagt 10% van de totale kosten, inclusief techniekkosten.

Als de behandeling niet in de praktijk kan plaatsvinden, maar bij u thuis dient te gebeuren, dan is een schriftelijke verklaring van de huisarts of de specialist noodzakelijk. De toeslag voor het huisbezoek wordt vergoed, maar de reiskosten van de zorgaanbieder vallen hier niet onder en komen voor rekening van verzekerde.

**lid 4.1.3 Zorg van zorgaanbieder zonder overeenkomst**

*Wettelijke maximumtarieven*

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg 100% tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

*Vrije tarieven*

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg 100% tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

**Artikel 34 Farmacie**

**lid 1****Inleiding**

Wij onderscheiden:

- a. farmaceutische zorg (zie lid 3 van dit artikel);
- b. geneesmiddelen (zie lid 4 tot en met 9 van dit artikel).

Geneesmiddelen zijn onderverdeeld in:

- a. geregistreerde geneesmiddelen behalve zelfzorggeneesmiddelen (zie lid 5 van dit artikel);
- b. zelfzorggeneesmiddelen (zie lid 6 van dit artikel);
- c. geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt (zie lid 7 van dit artikel);
- d. niet (in Nederland) geregistreerde geneesmiddelen (zie lid 8 van dit artikel);
- e. dieetpreparaten (zie lid 9 van dit artikel).

**lid 2****Algemene informatie****lid 2.1****Reglement Farmacie**

Wij hanteren voor de nadere voorwaarden met betrekking tot de toegang tot farmaceutische zorg een Reglement Farmacie. Het Reglement maakt deel uit van deze polisvoorwaarden. Voor meer informatie zie [www.dsw.nl](http://www.dsw.nl).

**lid 2.2****Geneesmiddelen Vergoedingensysteem (GVS)**

De overheid heeft bepaald welke geneesmiddelen onder welke voorwaarden en bij welke medische indicatie voor vergoeding in aanmerking komen. Het GVS regelt de vergoeding van geregistreerde geneesmiddelen. Op deze lijst zijn alle geneesmiddelen geplaatst die zorgverzekeraars kunnen vergoeden. Deze lijst wordt Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemd.

Het GVS is zodanig opgesteld dat voor alle verzekerden geschikte geneesmiddelen beschikbaar zijn zonder dat zij hiervoor zouden moeten bijbetalen. Voor sommige geneesmiddelen in het GVS geldt daarom een eigen bijdrage (zie lid 2.3 van dit artikel). Daarnaast kennen sommige geneesmiddelen extra voorwaarden (zie lid 2.4 van dit artikel).

**lid 2.3****Eigen bijdrage**

Het GVS maakt onderscheid tussen geneesmiddelen die onderling vervangbaar zijn (a) en geneesmiddelen die niet onderling vervangbaar zijn (b).

**a. Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen**

Deze geneesmiddelen zijn in groepen verdeeld volgens bepaalde criteria en opgenomen in Bijlage 1a van het GVS. Voor elke groep (cluster) geneesmiddelen heeft de overheid een vergoedingslimiet vastgesteld (de maximale vergoeding die u kunt krijgen). Is het geneesmiddel dat u krijgt voorgeschreven uit die groep duurder, dan betaalt u zelf de kosten boven de vergoedingslimiet als eigen bijdrage. De eigen bijdrage geldt ook voor een magistrale bereiding (apotheekbereiding) van een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage geldt. Per kalenderjaar betaalt u voor deze geneesmiddelen maximaal een eigen bijdrage van € 250.

**b. Niet onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen**

Deze unieke geneesmiddelen staan in het GVS in Bijlage 1b en worden volledig vergoed. Hiervoor geldt dus geen eigen bijdrage.

**lid 2.4****Extra voorwaarden**

In Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering is een overzicht van geneesmiddelen opgenomen waarvoor extra voorwaarden gelden die te maken hebben met de aandoening waarvoor het geneesmiddel wordt gebruikt. Ook voor dieetpreparaten zijn in voornoemde Bijlage 2 voorwaarden opgenomen.

In het Reglement Farmacie van DSW staat vermeld bij welke geneesmiddelen van deze Bijlage 2 wij vooraf toetsen of u aan die voorwaarden voldoet. Deze lijst kan tussentijds worden aangepast door wijzigingen in de wet- en regelgeving. De wijzigingen worden geplaatst op onze website [www.dsw.nl](http://www.dsw.nl).

**lid 2.5****Medische noodzaak**

Naast merkgeneesmiddelen (spécialités) zijn er ook merkloze (generieke) geneesmiddelen



met dezelfde werkzame stof, dezelfde sterkte en dezelfde toedieningsvorm. De apotheker zal het goedkoopste merkloze geneesmiddel afleveren, tenzij de apotheker van mening is, dat er op basis van het recept van de voorschrijvend arts een ander generiek geneesmiddel dan wel merkgeneesmiddel moet worden afgeleverd.

Uw apotheker weet dus welk middel hij u kan leveren. Als u zonder dat medische noodzaak is aangetoond, toch het duurdere merkgeneesmiddel of een duurder merkloos geneesmiddel neemt, moet u zelf de kosten van dit geneesmiddel voorschieten. U kunt deze nota bij ons indienen en krijgt u van ons de prijs van het goedkoopste geneesmiddel in het cluster vergoed.

**lid 3 Farmaceutische zorg**

Farmaceutische zorg omvat de terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de onder lid 1 genoemde geneesmiddelen.

**lid 3.1 Te vergoeden zorgkosten**

Wij vergoeden de terhandstelling van geneesmiddelen zoals beschreven in lid 4 tot en met 8 van dit artikel.

**lid 3.2 Zorg van apotheker of apotheekhoudend huisarts zonder overeenkomst**

*Vrije tarieven*

Wanneer u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts gaat waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten, dan vergoeden wij de farmaceutische zorg 100% tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

**lid 4 Algemene voorwaarden geneesmiddelen**

*Voorschrift*

De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door de behandelend arts, kaakchirurg, tandarts, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. Bij dieetpreparaten kan de voorschrijver ook een diëtist zijn.

*Zorgaanbieder*

De geneesmiddelen zijn ter hand gesteld door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

**lid 4.1 Zorg van apotheker of apotheekhoudend huisarts zonder overeenkomst**

*Vrije tarieven*

Wanneer u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts gaat waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten, dan vergoeden wij de geneesmiddelen 100% tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

**lid 5 Geregistreerde geneesmiddelen behalve zelfzorggeneesmiddelen**

**lid 5.1 Te vergoeden zorgkosten**

Wij vergoeden de geregistreerde geneesmiddelen zoals beschreven in lid 2 van dit artikel.

**lid 5.2 Voorwaarden**

*Algemeen*

Het gaat om geregistreerde geneesmiddelen in het GVS.

*Machtiging*

Voor geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden (zie lid 2.4 van dit artikel) gelden, is een machtiging nodig. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

**lid 5.3 Uitsluitingen**

Niet vergoed worden:

- a. geneesmiddelen die volgens de Regeling zorgverzekering niet vergoed mogen worden;
- b. maagzuurremmers die u korter dan zes maanden gebruikt;
- c. de eerste uitgifte van maagzuurremmers die u langer dan zes maanden gebruikt;
- d. anticonceptiva voor een verzekerde van 21 jaar en ouder;
- e. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet in het GVS zit;
- f. vitamines, mineralen en paracetamol waarvoor een gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig alternatief bestaat in de vrije verkoop;
- g. homeopathische en antroposofische producten en geneesmiddelen;
- h. voedingssupplementen en niet als geneesmiddel geregistreerde vitamines;
- i. geneesmiddelen en inentingingen die tot doel hebben een ziekte te voorkomen in verband met een reis;
- j. geneesmiddelen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
- k. geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub f van de Geneesmiddelenwet;
- l. andere kosten (zoals administratie- of verzendkosten).

**lid 6                   Zelfzorggeneesmiddelen**

**lid 6.1                Te vergoeden zorgkosten**

Onder strikte voorwaarden (zie lid 6.2 van dit artikel) worden alleen die zelfzorggeneesmiddelen vergoed, die behoren tot één van de volgende zes groepen:

- a. laxeremiddelen (middelen tegen verstopping in de darmen);
- b. kalktabletten;
- c. geneesmiddelen bij allergie;
- d. geneesmiddelen tegen diarree;
- e. geneesmiddelen om de maag leeg te maken;
- f. kunsttranen.

**lid 6.2                Voorwaarden**

*Algemeen*

U gebruikt het zelfzorggeneesmiddel langer dan zes maanden en het is voorgeschreven om een chronische ziekte te behandelen.

*Machtiging*

De in lid 6.1 van dit artikel genoemde zelfzorggeneesmiddelen zijn geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden gelden en is er een machtiging nodig, zie ook lid 2.4 van dit artikel. Deze voorwaarden worden door de apotheker gecontroleerd. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

**lid 6.3                Uitsluitingen**

U heeft geen recht op vergoeding van de in lid 6.1 van dit artikel genoemde zelfzorggeneesmiddelen tijdens de eerste vijftien dagen dat u het zelfzorggeneesmiddel gebruikt.

**lid 7                   Geneesmiddelen die de apothek zelf maakt**

**lid 7.1                Te vergoeden zorgkosten**

Wij vergoeden geneesmiddelen die door een apotheker in opdracht van een arts op kleine schaal zijn gemaakt (magistrale bereidingen), indien het om rationele farmacotherapie gaat.

**lid 7.2                Voorwaarden**

*Algemeen*

Het gaat om rationele farmacotherapie.

**lid 7.3                Uitsluitingen**

Niet vergoed worden geneesmiddelen die uitwisselbaar zijn met een geregistreerd geneesmiddel waar u vergoeding voor zou krijgen, zie lid 2.2 van dit artikel.

**lid 8 Niet (in Nederland) geregistreerde geneesmiddelen**

**lid 8.1 Te vergoeden zorgkosten**

Wij vergoeden:

- a. geneesmiddelen die niet in Nederland beschikbaar zijn, maar wel in een ander land en die op verzoek van een arts binnen Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt (van die arts) én die een ziekte heeft, die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- b. geneesmiddelen die in de handel worden gebracht naar aanleiding van een bestelling bij de apotheek op initiatief van een arts, die volgens zijn specificaties in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1 lid 1 onder mm van de Geneesmiddelenwet en die bestemd zijn voor gebruik door individuele patiënten van die arts onder zijn toezicht.

**lid 8.2 Voorwaarden**

*Algemeen*

Het gaat om rationele farmacotherapie.

**lid 9 Dieetpreparaten**

**lid 9.1 Te vergoeden zorgkosten**

Wij vergoeden onder bepaalde voorwaarden (polymere, oligomere, monomere en modulaire) dieetpreparaten.

**lid 9.2 Voorwaarden**

*Algemeen*

Het voorgeschreven dieetpreparaat is genoemd in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Daarnaast is uitsluitend vergoeding mogelijk wanneer u niet uitkomt met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding. Tevens heeft u:

- a. een stofwisselingsstoornis; of
- b. een voedselallergie; of
- c. een resorptiestoornis; of
- d. een ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop (gemeten met een officieel vastgesteld meetinstrument); of
- e. dieetpreparaten nodig volgens de in Nederland geldende richtlijnen van de betrokken beroepsgroepen.

De huisarts schrijft het recept uit met daarop het af te leveren middel (zo generiek mogelijk), gebruik (de dagdosis), de hoeveelheid (waaruit de geschatte behandelduur blijkt) en de indicatiecode. Overige voorschrijvers vullen het formulier 'verklaring dieetpreparaten' van DSW in zoals deze is te vinden op [www.dsw.nl](http://www.dsw.nl), en schrijven daarnaast het recept uit. Degene die het middel aflevert, controleert of u aan de extra voorwaarden voldoet. Voor voeding die door middel van een infuus in de bloedbaan wordt toegediend, hoeft u vooraf geen machtiging aan te vragen.

**Artikel 35 Hulpmiddelenzorg**

**lid 1 Reglement Hulpmiddelen**

De overheid heeft een aantal hulpmiddelen aangewezen die voor vergoeding in aanmerking komen en heeft deze omschreven in de Regeling zorgverzekering. Niet alle (categorieën) hulpmiddelen worden vergoed. Wij hebben de hulpmiddelen die wij volgens de zorgverzekering vergoeden, opgenomen in een Reglement Hulpmiddelen. In dit Reglement staan:

- a. de nadere voorwaarden om recht te hebben op vergoeding van de hulpmiddelenzorg;
- b. de eisen die wij aan het hulpmiddel stellen;
- c. de hoogte van de eigen bijdrage en een eventueel van toepassing zijnde wettelijke maximumvergoeding;
- d. de hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt;

## Artikel 25

### Verblijf in een andere dan de bevoegde lidstaat

1. Voor de toepassing van artikel 19 van de basisverordening verstrekt de verzekerde de zorgverlener in de lidstaat van verblijf een door het bevoegd orgaan uitgereikt document waaruit blijkt dat hij recht heeft op verstrekkingen. Indien de verzekerde niet in het bezit is van een dergelijk document, vraagt het orgaan van de verblijfplaats het document op verzoek, of indien anderszins noodzakelijk, bij het bevoegde orgaan op.
2. Uit dat document moet blijken dat de verzekerde volgens de voorwaarden van artikel 19 van de basisverordening recht heeft op verstrekkingen onder dezelfde voorwaarden als die welke gelden voor verzekerden ingevolge de wetgeving van de lidstaat van verblijf.
3. Met de in artikel 19, lid 1, van de basisverordening genoemde verstrekkingen worden verstrekkingen bedoeld die in de lidstaat van verblijf volgens zijn wetgeving worden verleend en die medisch noodzakelijk worden om te voorkomen dat de verzekerde vóór het einde van zijn geplande verblijf naar de bevoegde lidstaat moet terugkeren om er de behandeling te ontvangen die hij nodig heeft.
4. Indien de verzekerde de kosten van alle of een deel van de op grond van artikel 19 van de basisverordening verleende verstrekkingen zelf heeft betaald en indien de door het orgaan van de verblijfplaats toegepaste wetgeving voorziet in de mogelijkheid van vergoeding van deze kosten aan de verzekerde, kan hij een verzoek om vergoeding aan het orgaan van de verblijfplaats richten. In dat geval vergoedt dat orgaan hem het bedrag van de kosten van de verstrekkingen rechtstreeks, binnen de grenzen en onder de voorwaarden van de volgens de wetgeving van het orgaan geldende vergoedingstarieven.
5. Indien het verzoek om vergoeding van zulke kosten niet rechtstreeks bij het orgaan van de verblijfplaats is ingediend, worden de kosten door het bevoegde orgaan aan de betrokkene vergoed tegen het vergoedingstarief dat het orgaan van de verblijfplaats in het betrokken geval toepast, dan wel ten bedrage van de vergoeding die door het orgaan van de verblijfplaats zou zijn uitbetaald indien artikel 62 van de toepassingsverordening van toepassing was geweest.  
  
Het orgaan van de verblijfplaats is verplicht het bevoegde orgaan desgevraagd de nodige inlichtingen over die tarieven of bedragen te verstrekken.
6. In afwijking van lid 5 kan het bevoegde orgaan de gemaakte kosten vergoeden binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving, op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.
7. Indien de wetgeving van de lidstaat van verblijf in het betrokken geval niet voorziet in vergoeding overeenkomstig de leden 4 en 5, mag het bevoegde orgaan de gemaakte kosten binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving vergoeden zonder instemming van de verzekerde.
8. De vergoeding voor de verzekerde mag het bedrag van de werkelijk door hem gemaakte kosten nooit overschrijden.
9. Indien het om aanzienlijke uitgaven gaat, kan het bevoegde orgaan een passend voorschot aan de verzekerde uitbetalen zodra deze de aanvraag tot vergoeding bij dit orgaan indient.
10. De leden 1 tot en met 9 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van de verzekerde.

## **Artikel 19**

### Verblijf buiten de bevoegde staat

1. Tenzij anders bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.
2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt.

---

# Besluit zorgverzekering

---

## Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

## Artikel 2.8

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

- Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;
- c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

**2. Farmaceutische zorg omvat geen:**

- a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
- b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
- c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.

**3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.**

**4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.**

**5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.**

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

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

---

## **Regeling zorgverzekering**

---

### **Artikel 2.5**

**1. In bijlage 1 bij deze regeling worden genoemd:**

- a. de op grond van artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
- b. de op grond van artikel 2.1, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen.

**2. In bijlage 2 bij deze regeling worden vermeld:**

- a. categorieën van geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, waarvoor de farmaceutische zorg slechts aflevering van dat geneesmiddel omvat indien voldaan is aan de bij die categorieën vermelde criteria;
- b. de voorwaarden waaronder en de termijn gedurende welke de farmaceutische zorg, bedoeld in de aanhef van artikel 2.8, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering de geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat.

3. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten behoren slechts tot de farmaceutische zorg indien voldaan is aan onderdeel 1 van bijlage 2 van deze regeling.
4. In bijlage 3, onderdelen A en B, bij deze regeling worden genoemd de geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een beslissing als bedoeld in artikel 2.50, vijfde lid, niet zijn aangewezen, geregistreerde geneesmiddelen ten aanzien waarvan het voornemen tot aanwijzing als bedoeld in artikel 2.50, achtste lid, niet is uitgevoerd en geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een wijziging van bijlage 1 niet meer zijn aangewezen.
5. Farmaceutische zorg, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel b, onder 1°, van het Besluit zorgverzekering, omvat geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan:
  - a. een geregistreerd UR-geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet waarover blijkens bijlage 1 en 3 bij deze regeling geen besluit over de aanwijzing, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering, is genomen;
  - b. een in bijlage 3, onderdeel A, bij deze regeling genoemd niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet, mits aan daarbij vermelde criteria wordt voldaan.



# Zorgverzekeringswet

Geldig van 19-03-2020 t/m heden

## Artikel 14

- 1 De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
- 2 De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.
- 3 De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn modelovereenkomst aansluit bij de afspraken, bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, van de Jeugdwet.
- 4 De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert, af met de colleges van burgemeester en wethouders met het oog op de wettelijke verantwoordelijkheden van die laatsten.
- 5 Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe verzekeraar niet dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.

