



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten en ONVZ
Aanvullende Verzekering N.V. te Houten

Zaak : Farmaceutische zorg, informatieplicht, privacy, declaratieoverzicht

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering
2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlage 1 en 2 Rzv, Regeling
informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010), Algemene
Verordening Gegevensbescherming (Vo. nr. 2016/679)

Zaaknummer : 201900566

Zittingsdatum : 14 augustus 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.


2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailberichten van 1 maart 2019 en 25 maart 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat (i) de ziektekostenverzekeraar zijn informatieplicht jegens hem heeft geschonden en (ii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden de farmaceutische zorg te vergoeden die op 1 februari 2019 aan zijn partner is geleverd (hierna: het verzoek).
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij ongedateerde brief, door de commissie ontvangen op 6 juni 2019, zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 juni 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 juni 2019 verklaard niet te willen worden gehoord. Verzoeker is op 14 augustus 2019 gehoord.


3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2018 en 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Vrije Keuze Superfit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Verzoeker is tevens verzekeringnemer voor zijn partner en kind, die op grond van dezelfde verzekeringen tegen ziektekosten zijn verzekerd.
- 3.2. Verzoeker heeft op 16 februari 2019 twee declaratieoverzichten van de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Uit het declaratieoverzicht van verzoeker volgt dat hij vier nota's van de apotheek heeft ingediend - elk voor een bedrag van € 73,32 - en dat deze door de ziektekostenverzekeraar niet worden vergoed. Uit het declaratieoverzicht van de partner van verzoeker volgt dat de op 1 februari 2019 geleverde farmaceutische zorg ten bedrage van totaal € 93,21 niet door de ziektekostenverzekeraar wordt vergoed.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissingen gevraagd en daarbij verzocht om een specificatie van de gedeclareerde zorg van zijn partner. Bij brieven van 28 februari 2019 en 1 maart 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn beslissingen om geen vergoeding toe te kennen te handhaven. Verder is aan verzoeker bericht dat de gewenste specificatie niet aan hem wordt verstrekt uit privacyoverwegingen.


 4. Bevoegdheid van de commissie

 4.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en kan daarover bindend advies uitbrengen. Dit blijkt uit artikel 4.78 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2018-2019).


 5. Geschil


 5.1. In geschil is of (i) de ziektekostenverzekeraar zijn informatieplicht jegens verzoeker heeft geschonden en of (ii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden de farmaceutische zorg te vergoeden die op 1 februari 2019 aan de partner van verzoeker is geleverd (hierna: het verzoek).

 6. Beoordeling

 6.1. Op de pagina's 132 tot en met 136 van de verzekeringsvoorwaarden (2019) is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneesmiddelen bestaat op grond van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) en verder uitgewerkt in artikel 2.5 en bijlagen 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering (Rzv). Op de pagina's 17 en 18 van de verzekeringsvoorwaarden (2019) is beschreven aan welke voorwaarden een verzekerde dient te voldoen bij het indienen van een nota. In de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) is beschreven welke informatie zorgverzekeraars dienen te vermelden op declaratieoverzichten. Artikel 9 van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (Vo. nr. 2016/679) (hierna: AVG) stelt voorwaarden aan de verwerking van gegevens over de gezondheid. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wetgeving staan in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Informatieplicht

 6.2. Op grond van artikel 17.3 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010) (hierna: de regeling) is de ziektekostenverzekeraar verplicht in de declaratieoverzichten ten behoeve van het eigen risico bepaalde informatie op te nemen, op een voor de verzekerde begrijpelijk wijze. Deze informatie betreft: (i) de naam en de geboortedatum van de verzekerde, (ii) de zorgaanbieder, (iii) de consumentenbeschrijving van de gedeclareerde zorg, voor zover de privacy van de medeverzekerden niet onevenredig wordt aangetast, (iv) de datum van de behandeling, (v) het gedeclareerde bedrag, (vi) of het in rekening gebrachte bedrag betrekking heeft op de eigen bijdrage, het eigen risico of een afgewezen declaratie en (vi) wat het resterende eigen risico is. Op grond van artikel 20 van de regeling is de ziektekostenverzekeraar verplicht te onderbouwen om welke reden hij een ingediende declaratie voor vergoeding afwijst. Deze onderbouwing moet zodanig duidelijk zijn dat de verzekerde op grond hiervan zelf kan nagaan of de afwijzing terecht is.

 6.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat de declaratieoverzichten die hij van de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen ver onder de maat zijn. Uit het declaratieoverzicht dat op zijn naam staat volgt dat de vier declaraties die zien op de levering van Immodium Smelttabletten niet voor vergoeding in aanmerking komen, omdat deze kosten onder de eigen bijdrage of buiten de dekking van de zorgverzekering vallen. Dit is geen juiste weergave en bovendien niet de juiste afwijsggrond. Verzoeker heeft vier foto's gemaakt van één nota en deze via de app naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Hij heeft deze vier foto's genomen, nadat eerdere declaraties werden afgewezen omdat de foto's niet duidelijk waren. Het betreffende geneesmiddel valt wél onder de dekking van de zorgverzekering. De eventuele eigen bijdrage valt onder de dekking van

de aanvullende ziektekostenverzekering. De afwijsggrond die de ziektekostenverzekeraar hanteert, is om die reden niet juist.

Ten aanzien van het declaratieoverzicht dat op naam van zijn partner staat, heeft verzoeker aangevoerd dat hieruit niet is af te leiden welke zorg nu precies is gedeclareerd en bovendien niet is na te gaan waarom deze zorg niet is vergoed. Dit volgt ook niet uit de specificatie die is te raadplegen in de digitale 'Mijn omgeving'. Aangezien de betreffende overzichten aan verzoeker als verzekeringnemer worden verstrekt en hij eventuele kosten dient te voldoen, verwacht hij dat aan hem ook een specificatie wordt verstrekt waaruit is af te leiden waarop deze kosten zien. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar zich hierbij ten onrechte achter privacyregels verschuilt. Verder heeft verzoeker een jaaroverzicht van medische kosten in 2018 ontvangen van de ziektekostenverzekeraar. Hieruit volgt dat een bedrag van € 212,34 in verband met hulp door medisch specialisten niet is vergoed. Uit het betreffende overzicht blijkt echter niet waarom de betreffende zorg niet is vergoed.

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoeker meerdere keren dezelfde nota van de apotheek voor een bedrag van € 73,32 heeft gedeclareerd. De betreffende nota is één keer aan hem vergoed op 11 februari 2019. De andere declaraties zijn afgewezen. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat hij de zorgkosten van de partner van verzoeker niet specificeert op het declaratieoverzicht in verband met privacyregels. Weliswaar worden de declaratieoverzichten verstrekt aan verzoeker als verzekeringnemer, maar dit ontslaat de ziektekostenverzekeraar niet van de verplichting de privacy van de partner van verzoeker te waarborgen. De partner van verzoeker kan een specificatie van de gedeclareerde zorgkosten raadplegen in de digitale 'Mijn omgeving' of hierover telefonisch contact opnemen met de ziektekostenverzekeraar. Overigens kan de partner van verzoeker hem machtigen, zodat hij inzage heeft in de declaratiespecificatie. Zonder een machtiging is het de ziektekostenverzekeraar echter niet toegestaan de betreffende gegevens te verstrekken aan verzoeker.
- 6.5. Op het declaratieoverzicht dat op naam van verzoeker staat zijn de in artikel 17.3 van de regeling genoemde punten vermeld. In het overzicht wordt, door middel van een letter, duidelijk gemaakt of het gedeclareerde bedrag wordt vergoed, onder de eigen bijdrage / het eigen risico valt, of dat de declaratie wordt afgewezen. De in het overzicht opgenomen declaraties zijn voorzien van de letter 'C' die overeenkomt met de beschrijving: *"deze kosten vallen (gedeeltelijk) onder de eigen bijdrage en/of buiten de polisvoorwaarden"*. Uit de verklaringen van partijen is af te leiden dat dit niet de echte reden is dat de betreffende declaraties zijn afgewezen. De reden hiervan is namelijk dat van één nota meerdere foto's door verzoeker zijn gemaakt en dat de ziektekostenverzekeraar iedere foto heeft verwerkt als een aparte declaratie. In dat geval was het passend geweest bij de betreffende declaraties de letter 'F' te vermelden die overeenkomt met de beschrijving: *"deze nota is al eerder gedeclareerd, waardoor geen vergoeding plaatsvindt"*. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar niet de juiste afwijsggrond heeft vermeld en daarmee niet heeft voldaan aan artikel 20 van de regeling. Dat de ziektekostenverzekeraar de juiste afwijsggrond achteraf alsnog aan verzoeker heeft meegedeeld, doet hier niet aan af.
- 6.6. Op het declaratieoverzicht dat op naam van de partner van verzoeker staat zijn de in artikel 17.3 van de regeling genoemde punten vermeld, met uitzondering van de zorgaanbieder. Op dit punt heeft de ziektekostenverzekeraar dus niet aan zijn verplichtingen voldaan.

Op grond van artikel 17.3 van de regeling moet de ziektekostenverzekeraar de consumentenomschrijving van de gedeclareerde zorg vermelden, voor zover de privacy van de medeverzekerde niet onevenredig wordt aangetast. In dit verband tekent de commissie aan dat de ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 9 AVG enkel gegevens over de gezondheid mag verwerken, als de betrokkene hiervoor uitdrukkelijk toestemming heeft gegeven of als de verwerking hiervan is toegestaan op grond van de wet.

Anders dan verzoeker veronderstelt, mag de ziektekostenverzekeraar op grond van genoemde artikelen geen andere of uitgebreidere omschrijving geven van de aan zijn partner verstrekte zorg. Dit is enkel toegestaan als de partner van verzoeker hiervoor expliciet toestemming geeft. De


ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij e-mailbericht van 1 maart 2019 geïnformeerd hoe de vereiste toestemming kan worden gegeven. Het is aan de partner van verzoeker te besluiten deze toestemming al dan niet te verlenen. Verzoeker heeft ter zitting verklaard dat hij inmiddels ook een uitgebreidere omschrijving ziet van de aan zijn partner versterkte zorg. Hieruit leidt de commissie af dat de partner van verzoeker de vereiste toestemming is verleend zodat de commissie dit onderdeel verder laat rusten.

Uit de verklaringen van partijen volgt verder dat - net als in het geval van verzoeker - meerdere foto's zijn gemaakt van één nota en dat deze door de ziektekostenverzekeraar als aparte declaraties zijn verwerkt. Dit is uit het betreffende overzicht echter niet af te leiden. Hieruit lijkt namelijk te volgen dat één declaratie is ingediend voor een bedrag van totaal € 93,21. Dit is niet juist. Er is een nota ingediend voor een bedrag van € 31,07 en hiervan zijn drie foto's gemaakt. De ziektekostenverzekeraar had dit - net als in het geval van verzoeker - als drie aparte declaraties moeten vermelden. Voorts had hij bij twee van de declaraties de letter 'F' moeten vermelden, in plaats van bij alle declaraties de letter 'C'. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar ook hier niet de juiste afwijsggrond heeft vermeld en daarmee niet heeft voldaan aan artikel 20 van de regeling.


- 6.7. Anders dan voor de declaratieoverzichten ten behoeve van het eigen risico geldt, rust op de ziektekostenverzekeraar geen verplichting ten aanzien van de invulling van het jaaroverzicht medische kosten 2018. Indien verzoeker hierover vragen heeft, kan hij in contact treden met de ziektekostenverzekeraar. Daarnaast is het aannemelijk dat verzoeker lopende het jaar declaratieoverzichten van de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen, waaronder de hiervoor besproken overzichten, waarop staat welke gedeclareerde zorg niet is vergoed en om welke redenen dit niet is gebeurd. Verzoeker is hiervoor dus niet afhankelijk is van de informatie die in het jaaroverzicht is te vinden.

Vergoeding farmaceutische zorg

- 6.8. Op pagina 132 van de zorgverzekering staat dat geneesmiddelen worden vergoed als deze door de overheid zijn aangewezen en zijn opgenomen op bijlage 1 Rzv. Daarnaast komen geneesmiddelen voor vergoeding in aanmerking als deze op kleine schaal door de apotheek worden gemaakt ('magistrale bereidingen'). Het mag dan niet gaan om een geneesmiddel dat (bijna) hetzelfde is als een geneesmiddel dat voorkomt op bijlage 1 Rzv. Ook moet sprake zijn van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor de zorgverzekering en de patiënt.
- 6.9. Azelainezuur Creme 10% 30g is geen geregistreerd geneesmiddel en komt als zodanig niet voor op bijlage 1 Rzv. Het middel is aan te merken als een magistrale bereiding. Uit de omschrijving in het Farmacotherapeutisch Kompas volgt dat Azelainezuur onder bepaalde voorwaarden wordt voorschreven aan patiënten met papulopustuleuze rosacea, melasma of acne vulgaris en in die gevallen werkzaam en doelmatig is. Dit betekent dat sprake is van rationele farmacotherapie. Omdat voorts de indicatie voor het voorgeschreven geneesmiddel geen onderwerp van geschil vormt, is de ziektekostenverzekeraar verplicht dit geneesmiddel te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen de ziektekostenverzekeraar in dit verband heeft aangevoerd, namelijk dat op de nota het ZI-nummer niet is vermeld, staat aan vergoeding van de gedeclareerde zorg niet in de weg. Het ontbreken van dit nummer leidt er in deze situatie namelijk niet toe dat de ziektekostenverzekeraar de aanspraak op het geneesmiddel niet kan beoordelen. Overigens wordt op pagina 17 van de verzekeringsvoorwaarden weliswaar vermeld dat de ingediende nota duidelijk moet zijn, maar wordt hieraan niet de eis verbonden dat deze nota bepaalde kenmerken of nummers moet bevatten.






6.10. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.



7. Bindend advies










7.1. De commissie beslist dat:

- 
- 
- 
1. de ziektekostenverzekeraar zijn informatieplicht jegens verzoeker heeft geschonden, door in de aan hem verstrekte declaratieoverzichten niet de zorgaanbieder of de juiste afwijsggrond van de ingediende declaraties op te nemen;
 2. de ziektekostenverzekeraar zijn informatieplicht jegens verzoeker aanvankelijk niet heeft geschonden, door aan hem als verzekeringnemer geen specificatie te verstrekken van de aan zijn partner geleverde zorg;
 3. de ziektekostenverzekeraar is gehouden de gedeclareerde nota van 1 februari 2019 te vergoeden op grond van de zorgverzekering;
 4. de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker moet voldoen.



Zeist, 4 september 2019,



J.A.M. Strens-Meulemeester

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;
 - 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.

2. Met inachtneming van de beschikbare technologie doet de verwerkingsverantwoordelijke redelijke inspanningen om in dergelijke gevallen te controleren of de persoon die de ouderlijke verantwoordelijkheid voor het kind draagt, toestemming heeft gegeven of machtiging tot toestemming heeft verleend.

3. Lid 1 laat het algemene overeenkomstenrecht van de lidstaten, zoals de regels inzake de geldigheid, de totstandkoming of de gevolgen van overeenkomsten ten opzichte van kinderen, onverlet.

Artikel 9

Verwerking van bijzondere categorieën van persoonsgegevens

1. Verwerking van persoonsgegevens waaruit ras of etnische afkomst, politieke opvattingen, religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen, of het lidmaatschap van een vakbond blijken, en verwerking van genetische gegevens, biometrische gegevens met het oog op de unieke identificatie van een persoon, of gegevens over gezondheid, of gegevens met betrekking tot iemands seksueel gedrag of seksuele gerichtheid zijn verboden.

2. Lid 1 is niet van toepassing wanneer aan een van de onderstaande voorwaarden is voldaan:

- a) de betrokkene heeft uitdrukkelijke toestemming gegeven voor de verwerking van die persoonsgegevens voor een of meer welbepaalde doeleinden, behalve indien in Unierecht of lidstatelijk recht is bepaald dat het in lid 1 genoemde verbod niet door de betrokkene kan worden opgeheven;
- b) de verwerking is noodzakelijk met het oog op de uitvoering van verplichtingen en de uitoefening van specifieke rechten van de verwerkingsverantwoordelijke of de betrokkene op het gebied van het arbeidsrecht en het socialezekerheids- en socialebeschermingsrecht, voor zover zulks is toegestaan bij Unierecht of lidstatelijk recht of bij een collectieve overeenkomst op grond van lidstatelijk recht die passende waarborgen voor de grondrechten en de fundamentele belangen van de betrokkene biedt;
- c) de verwerking is noodzakelijk ter bescherming van de vitale belangen van de betrokkene of van een andere natuurlijke persoon indien de betrokkene fysiek of juridisch niet in staat is zijn toestemming te geven;
- d) de verwerking wordt verricht door een stichting, een vereniging of een andere instantie zonder winstoogmerk die op politiek, levensbeschouwelijk, godsdienstig of vakbondsgebied werkzaam is, in het kader van haar gerechtvaardigde activiteiten en met passende waarborgen, mits de verwerking uitsluitend betrekking heeft op de leden of de voormalige leden van de instantie of op personen die in verband met haar doeleinden regelmatig contact met haar onderhouden, en de persoonsgegevens niet zonder de toestemming van de betrokkenen buiten die instantie worden verstrekt;
- e) de verwerking heeft betrekking op persoonsgegevens die kennelijk door de betrokkene openbaar zijn gemaakt;
- f) de verwerking is noodzakelijk voor de instelling, uitoefening of onderbouwing van een rechtsvordering of wanneer gerechten handelen in het kader van hun rechtsbevoegdheid;
- g) de verwerking is noodzakelijk om redenen van zwaarwegend algemeen belang, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, waarbij de evenredigheid met het nagestreefde doel wordt gewaarborgd, de wezenlijke inhoud van het recht op bescherming van persoonsgegevens wordt geëerbiedigd en passende en specifieke maatregelen worden getroffen ter bescherming van de grondrechten en de fundamentele belangen van de betrokkene;
- h) de verwerking is noodzakelijk voor doeleinden van preventieve of arbeidsgeneeskunde, voor de beoordeling van de arbeidsgeschiktheid van de werknemer, medische diagnoses, het verstrekken van gezondheidszorg of sociale diensten of behandelingen dan wel het beheren van gezondheidszorgstelsels en -diensten of sociale stelsels en diensten, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, of uit hoofde van een overeenkomst met een gezondheidswerker en behoudens de in lid 3 genoemde voorwaarden en waarborgen;
- i) de verwerking is noodzakelijk om redenen van algemeen belang op het gebied van de volksgezondheid, zoals bescherming tegen ernstige grensoverschrijdende gevaren voor de gezondheid of het waarborgen van hoge normen inzake kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg en van geneesmiddelen of medische hulpmiddelen, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht waarin passende en specifieke maatregelen zijn opgenomen ter bescherming van de rechten en vrijheden van de betrokkene, met name van het beroepsgeheim;

- j) de verwerking is noodzakelijk met het oog op archivering in het algemeen belang, wetenschappelijk of historisch onderzoek of statistische doeleinden overeenkomstig artikel 89, lid 1, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, waarbij de evenredigheid met het nagestreefde doel wordt gewaarborgd, de wezenlijke inhoud van het recht op bescherming van persoonsgegevens wordt geëerbiedigd en passende en specifieke maatregelen worden getroffen ter bescherming van de grondrechten en de belangen van de betrokkene.
3. De in lid 1 bedoelde persoonsgegevens mogen worden verwerkt voor de in lid 2, punt h), genoemde doeleinden wanneer die gegevens worden verwerkt door of onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar die krachtens Unierecht of lidstatelijk recht of krachtens door nationale bevoegde instanties vastgestelde regels aan het beroepsgeheim is gebonden, of door een andere persoon die eveneens krachtens Unierecht of lidstatelijk recht of krachtens door nationale bevoegde instanties vastgestelde regels tot geheimhouding is gehouden.
4. De lidstaten kunnen bijkomende voorwaarden, waaronder beperkingen, met betrekking tot de verwerking van genetische gegevens, biometrische gegevens of gegevens over gezondheid handhaven of invoeren.

Artikel 10

Verwerking van persoonsgegevens betreffende strafrechtelijke veroordelingen en strafbare feiten

Persoonsgegevens betreffende strafrechtelijke veroordelingen en strafbare feiten of daarmee verband houdende veiligheidsmaatregelen mogen op grond van artikel 6, lid 1, alleen worden verwerkt onder toezicht van de overheid of indien de verwerking is toegestaan bij Unierechtelijke of lidstaatrechtelijke bepalingen die passende waarborgen voor de rechten en vrijheden van de betrokkenen bieden. Omvattende registers van strafrechtelijke veroordelingen mogen alleen worden bijgehouden onder toezicht van de overheid.

Artikel 11

Verwerking waarvoor identificatie niet is vereist

1. Indien de doeleinden waarvoor een verwerkingsverantwoordelijke persoonsgegevens verwerkt, niet of niet meer vereisen dat hij een betrokkene identificeert, is hij niet verplicht om, uitsluitend om aan deze verordening te voldoen, aanvullende gegevens ter identificatie van de betrokkene bij te houden, te verkrijgen of te verwerken.
2. Wanneer de verwerkingsverantwoordelijke in de in lid 1 van dit artikel bedoelde gevallen kan aantonen dat hij de betrokkene niet kan identificeren, stelt hij de betrokkene daarvan indien mogelijk in kennis. In dergelijke gevallen zijn de artikelen 15 tot en met 20 niet van toepassing, behalve wanneer de betrokkene, met het oog op de uitoefening van zijn rechten uit hoofde van die artikelen, aanvullende gegevens verstrekt die het mogelijk maken hem te identificeren.

HOOFDSTUK III

Rechten van de betrokkene

Afdeling 1

Transparantie en regelingen

Artikel 12

Transparante informatie, communicatie en nadere regels voor de uitoefening van de rechten van de betrokkene

1. De verwerkingsverantwoordelijke neemt passende maatregelen opdat de betrokkene de in de artikelen 13 en 14 bedoelde informatie en de in de artikelen 15 tot en met 22 en artikel 34 bedoelde communicatie in verband met de verwerking in een beknopte, transparante, begrijpelijke en gemakkelijk toegankelijke vorm en in duidelijke en eenvoudige taal ontvangt, in het bijzonder wanneer de informatie specifiek voor een kind bestemd is. De informatie wordt schriftelijk of met andere middelen, met inbegrip van, indien dit passend is, elektronische middelen, verstrekt. Indien de betrokkene daarom verzoekt, kan de informatie mondeling worden meegedeeld, op voorwaarde dat de identiteit van de betrokkene met andere middelen bewezen is.

- 16.4 Wanneer de zorgverzekeraar niet kan beschikken over één of meerdere van de gegevens genoemd in lid 1 omdat de zorgverzekeraar niet kan beschikken over de geldende prijslijst van de gecontracteerde zorgaanbieder, geeft de zorgverzekeraar de informatie genoemd in lid 1 zover als mogelijk en geeft de zorgverzekeraar de verzekerde een indicatie van de overige punten.
- 16.5 Als de zorgverzekeraar informatie verstrekt aan de consument over de gevolgen van een behandeling of dienst voor het eigen risico van de consument, informeert de zorgverzekeraar de consument tegelijkertijd over de volgende punten:
- over welk polisjaar het eigen risico verrekend zou kunnen worden, afhankelijk van de startdatum van de behandeling of dienst;
 - bij zorg die als dbc wordt gedeclareerd: dat een vervolg-dbc kan leiden tot tweemaal betalen van het eigen risico als de startdatum van de vervolg-dbc in een ander kalenderjaar valt dan de startdatum van de initiële dbc;
 - dat de verzekerde bij de zorgaanbieder kan navragen of en wanneer er een vervolg-dbc gestart wordt.

Kenmerk
TH/NR-010
Pagina
7 van 28

17. Systeem van eigen risico

- 17.1 De zorgverzekeraar vermeldt op de website ten minste de volgende informatie over het eigen risico:
- de hoogte van het verplicht eigen risico;
 - de vormen van zorg waarvoor het verplicht eigen risico niet geldt;
 - het systeem van verrekenen en betalen van het eigen risico waaronder de informatie dat als de zorgaanbieder de nota rechtstreeks naar de zorgverzekeraar stuurt, de zorgverzekeraar het verplicht eigen risico in rekening brengt bij de verzekerde, en dat wanneer de verzekerde de nota zelf betaalt, de zorgverzekeraar slechts een gedeelte van de nota restitueert omdat de verzekerde op die manier het deel van de nota dat onder het eigen risico valt zelf heeft voldaan;
 - over welk polisjaar het eigen risico verrekend kan worden, afhankelijk van de startdatum van een behandeling;
 - wat een vervolg-dbc is en dat een vervolg-dbc kan leiden tot tweemaal betalen van het eigen risico, als de vervolg-dbc in een ander kalenderjaar start dan de eerste behandeling;
 - dat de verzekerde bij de zorgaanbieder kan navragen of en wanneer er een vervolg-dbc gestart wordt.

Indien van toepassing vermeldt de zorgverzekeraar ook:

- dat de zorgverzekeraar gebruikt maakt van de mogelijkheid tot gedifferentieerd eigen risico;
 - de mogelijke hoogte van het vrijwillig eigen risico;
 - de vormen van zorg waarvoor het vrijwillig eigen risico niet geldt.
- 17.2 Indien de zorgverzekeraar gebruik maakt van een gedifferentieerd eigen risico, vermeldt de zorgverzekeraar op de website voor welke zorgvormen het geldt, welke aanbieders als voorkeuraanbieders zijn aangewezen en of dit ook geldt voor het vrijwillig eigen risico.

- 17.3 Zorgverzekeraars vermelden in de declaratieoverzichten ten behoeve van het eigen risico in ieder geval de volgende punten, op een voor de verzekerde begrijpelijke wijze:
- achternaam, voorletters, en geboortedatum van de verzekerde die het betreft;
 - de zorgaanbieder;
 - de consumentenomschrijving van de gedeclareerde zorg, voor zover de privacy van de medeverzekerden niet onevenredig wordt aangetast;
 - datum van behandeling;
 - bedrag gedeclareerde kosten;
 - waar het aan de verzekerde in rekening te brengen bedrag betrekking op heeft: eigen bijdrage, eigen risico of afgewezen declaratie (aangeven wat van toepassing is);
 - resterend bedrag eigen risico.

Kenmerk
TH/NR-010
Pagina
8 van 28

18. Vermelden van de op de markt gebrachte modelovereenkomsten

- 18.1 De zorgverzekeraar vermeldt alle modelovereenkomsten volgens welke hij zorgverzekeringen aanbiedt, op de website.
- 18.2 De zorgverzekeraar stuurt desgevraagd de polisvoorwaarden en reglementen per post of digitaal naar de consument.

19. Voorkeursbeleid geneesmiddelen

- 19.1 De zorgverzekeraar vermeldt op de website de volgende punten over het voorkeursbeleid geneesmiddelen:
- uitleg wat het voorkeursbeleid geneesmiddelen inhoudt;
 - de werkzame stoffen waarvoor het beleid geldt en de vermelding van de geneesmiddelen waar de verzekerde (al dan niet onder voorwaarden) aanspraak op heeft voor vergoeding;
 - de procedure/actie die de verzekerde moet ondernemen als behandeling met een ander geneesmiddel dan het preferente geneesmiddel medisch noodzakelijk is;
 - welk geneesmiddel voor vergoeding in aanmerking komt, wanneer een preferent middel niet leverbaar is.

Wanneer de zorgverzekeraar rechtstreeks met de fabrikant onderhandelt over de prijs of een bonus of korting:

- de manier waarop het voorkeursbeleid geneesmiddelen doorwerkt op het eigen risico van de verzekerde.

- 19.2 Als de zorgverzekeraar voor geneesmiddelen voorlopige prijzen hanteert waarop achteraf correcties kunnen plaatsvinden, dan vermeldt de verzekeraar de mogelijke gevolgen hiervan voor de verzekerde op de website.
- 19.3 Als de zorgverzekeraar wijzigingen aanbrengt in zijn voorkeursbeleid geneesmiddelen, vermeldt hij dit tijdig op de website en informeert hij alle verzekerden hier tijdig over.

20. Afwijzingsgronden

Kenmerk

TH/NR-010

Pagina

9 van 28

- 20.1 Wanneer de zorgverzekeraar een aanvraag voor vergoeding van zorg afwijst stuurt de zorgverzekeraar aan de verzekerde een afwijzingsbrief.
- 20.2 De afwijzing is in de afwijzingsbrief zodanig duidelijk onderbouwd, dat de verzekerde op grond van de informatie in de afwijzingsbrief zelf kan nagaan of de afwijzing terecht is.
- 20.3 De afwijzingsbrief bevat ten minste de volgende punten:
- een voor de verzekerde begrijpelijk geformuleerde reden voor afwijzing;
 - een verwijzing naar een bestaande regel of voorwaarde(n) vanuit de polis waarom de afwijzing plaatsvindt;
 - de verzekerde moet erop gewezen worden dat er nadere informatie ingewonnen kan worden;
 - de verzekerde moet erop gewezen worden dat hij/zij een klacht kan indienen bij de zorgverzekeraar als hij/zij het niet eens is met de afwijzing, en de klacht tevens aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen kan voorleggen.

21. Transparantie over zorgplicht

- 21.1 De zorgverzekeraar vermeldt op de website:
- voor welke soorten zorg er normen van tijdigheid en bereikbaarheid gelden, waaronder de Treeknormen;
 - welke eigen normen de zorgverzekeraar daarnaast hanteert op het gebied van tijdigheid en bereikbaarheid;
 - wat de inhoud van deze normen is per type zorg.
- 21.2 De zorgverzekeraar vermeldt op de website de mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling.

22. Vergoeding grensoverschrijdende zorg

- 22.1 De zorgverzekeraar vermeldt op de website welke voorwaarden er gelden voor het indienen van buitenlandse nota's en welke vergoedingen hiervoor gelden.
- 22.2 De zorgverzekeraar informeert de verzekerde over de mogelijkheden om op grond van EU-regels gebruik te maken van zorg in een andere EU-lidstaat door in ieder geval informatie over de twee procedures voor vergoeding van zorg die geleverd is in een andere EU-lidstaat op grond van Richtlijn nr. 2011/24/EU en Verordening (EG) nr. 883/2004 op de website te vermelden.
- 22.3 De zorgverzekeraar vermeldt op de website dat de verzekerde op grond van Richtlijn nr. 2011/24/EU zorg die verzekerd is vanuit de zorgverzekering in een andere lidstaat kan gebruiken en dat hierbij de vergoeding gelijk is aan de vergoeding bij zorggebruik in Nederland.

37. Als uw zorgkosten het gevolg zijn van terroristische handelingen¹ dan kan het zijn dat u een lagere vergoeding krijgt. Wij hebben onze verplichting om deze zorgkosten te vergoeden verzekerd bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Deze verzekering vergoedt maximaal € 1 miljard per kalenderjaar. Zijn er meer kosten? Dan vergoedt de NHT deze voor een deel. Wij vergoeden de zorgkosten dan ook voor dit deel. Hebben wij de kosten niet verzekerd bij NHT? Ook dan vergoeden wij de kosten voor een gelijk deel, alsof ze wel verzekerd zouden zijn bij de NHT. Woont u niet in Nederland? Dan krijgt u zorg die het gevolg is van terroristische handelingen niet vergoed.
38. De overheid kan in uitzonderlijke situaties zoals natuurrampen een deel van de zorgkosten vergoeden. Dan heeft u recht op een aanvullende vergoeding volgens de wettelijke regels.
39. **Voor de aanvullende verzekeringen gelden de volgende 2 beperkingen. In de praktijk merkt u dit niet.** Verzekeraars lossen dit zoveel mogelijk samen op.
1. **De aanvullende verzekering vergoedt niet voor het deel waarvoor een andere regeling geldt.**
De aanvullende verzekeringen zijn 'excedent'-verzekeringen. Dit betekent dat de vergoedingen niet gelden voor zover een andere regeling vergoedt. Daarboven vergoeden wij wel, tot de maximale vergoeding. Een regeling is een verzekering, wet of voorziening.
 2. **De aanvullende verzekering vergoedt niet bij samenloop.**
Samenloop betekent dat zorg of zorgkosten onder 2 of meer regelingen vallen. Of onder die andere regeling zou vallen, als de aanvullende verzekering niet bestond. Het maakt niet uit of de andere regeling eerder of later is ingegaan.
40. **De aanvullende verzekeringen vergoeden de volgende zorg ook niet.**
- a. Zorg die is voorgeschreven of geleverd:
 - door de verzekerde aan zichzelf
 - door de verzekerde aan een gezinslid
 - door een gezinslid aan een verzekerde binnen het gezin.
 Wij vergoeden deze zorg wel als we vooraf toestemming hebben gegeven.
 - b. Heeft u bij een andere zorgverzekeraar een natura basisverzekering? En gaat u naar een zorgaanbieder waarmee uw verzekeraar geen overeenkomst heeft? Bij een naturaverzekering moet u een (flink) deel van uw zorgkosten zelf betalen als u naar een zorgverlener gaat waarmee de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft. Uw aanvullende verzekering vergoedt dat deel niet.

Ik wil zorgkosten declareren

U heeft zorg gekregen en vraagt zich af hoe het zit met de vergoeding. Vaak heeft u hier geen omkijken naar. Want zorgverleners sturen ons de nota meestal rechtstreeks. Krijgt u toch een nota zelf? Dan kunt u die op verschillende manieren bij ons indienen. Hieronder leest u hoe het werkt.

41. **Veel zorgverleners dienen de nota rechtstreeks bij ons in. Wij betalen dan rechtstreeks aan de zorgverlener. Zo voldoen wij aan de verplichting om uw nota te vergoeden.**
Betalen wij de zorgverlener meer dan waarop u recht heeft? Dan kunnen wij het verschil bij de zorgverlener terugvragen.
42. **Het kan ook zijn dat ú ons zorgkosten moet terugbetalen.** Als wij rechtstreeks met uw zorgverlener afrekenen, betalen wij de hele nota. Dat doen wij ook als u een deel van de nota zelf moet betalen door het eigen risico of een eigen bijdrage. Of doordat niet alle zorg door uw verzekeringen wordt vergoed. Voor het bedrag dat u zelf moet betalen, krijgt u van ons een nota. Die moet u binnen 21 dagen betalen.
43. **Dient u zelf een nota van een zorgverlener bij ons in? Dan moet u zich aan de volgende 3 regels houden.** Anders kan het zijn dat wij de kosten niet vergoeden.
- a. **Dien uw nota's zo snel mogelijk bij ons in. We moeten ze binnen 3 jaar hebben ontvangen.** De 3 jaar gaan in op het moment dat u de zorg gekregen heeft. Dus niet op het moment dat gedeclareerd is.
 - b. **Nota's die u indient moeten duidelijk zijn.** Er moet bijvoorbeeld in staan welke zorg u heeft gekregen, en wie die heeft verleend. De nota's moeten in het Nederlands zijn, of in het Engels, Duits, Frans of Spaans. Anders kunnen wij om een vertaling vragen.
 - c. Dient u de nota digitaal in, bijvoorbeeld via de ONVZ app of onze website? **U moet de originele nota nog 1 jaar bewaren nadat wij deze hebben ontvangen.** Wij kunnen u vragen ons het origineel toe te sturen.

¹ Gewelddadige handelingen, kwaadwillige besmetting of handelingen ter voorbereiding van een en ander waarbij aanneemelijk is dat deze zijn beraamd of uitgevoerd met het doel politieke, religieuze of ideologische doelen te verwezenlijken. Preventieve maatregelen zijn daaronder begrepen

44. **Wij kunnen nota's controleren.** Wij gaan dan bijvoorbeeld na of u de zorg wel heeft gekregen en nodig had.

Ik betaal premie

45. **De hoofdverzekerde moet de premies voor de verzekerden steeds vooraf betalen.** U kunt kiezen voor betalen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar.

46. **Voor kinderen tot 18 jaar betaalt u voor de volgende 6 verzekeringen geen premie.**

- Vrije Keuze Basisverzekering
- Vrije Keuze Startfit
- Vrije Keuze Extrafit
- Vrije Keuze Benfit
- Vrije Keuze Optifit
- Wereldfit

Voor Topfit en Superfit geldt een speciale kinderpremie. Die betaalt u voor maximaal 2 kinderen. U moet kinderen zelf aanmelden.

U gaat premie betalen vanaf de 1e maand na de 18e verjaardag. Dan bestaat ook geen recht meer op de kinderpremie.

47. **U betaalt de basispremie. Daar kunnen nog kortingen vanaf gaan.** De basispremie en de kortingen staan in de premietabel. Korting krijgt u:

- als u per kwartaal, half jaar of jaar betaalt in plaats van per maand
- als u een vrijwillig eigen risico kiest
- als deelnemer aan de collectiviteit van Vereniging ONVZ
- als u aan een andere collectiviteit deelneemt

48. Combineert u onze aanvullende verzekering(en) niet met een Vrije Keuze Basisverzekering? Dan betaalt u bovenop de premie een toeslag van 50%.

Woont u in het buitenland? Daar geldt soms een heffing of belasting op premie. Deze berekenen wij aan u door.

49. Berekenen wij premie over een deel van 1 maand? Dan stellen we 1 maand op 30 dagen.

50. U mag premie die u moet betalen niet verrekenen met vergoedingen die u nog van ons krijgt.

51. Tijdens detentie worden uw verzekeringen opgeschort. De overheid regelt dan uw zorg. Dit betekent dat u bij ons geen aanspraak kunt maken op vergoeding van zorg. U hoeft ons ook geen premie te betalen. U moet ons laten weten dat u in detentie zit, en voor welke periode. U moet ons ook laten weten wanneer u vrij bent gekomen.

Meewerken en informeren

52. **Hebben wij voor controle of onderzoek informatie nodig? Dan moet u daar aan meewerken.** U moet zorgen dat onze medisch adviseur of een andere medewerker die informatie krijgt. Bijvoorbeeld van uw behandelend arts. Hierbij gelden de privacyregels. Werkt u niet mee, dan kan het zijn dat u nota's niet vergoed krijgt, of ons moet terugbetalen.

53. **Belangrijke veranderingen in uw situatie moet u binnen 1 maand aan ons doorgeven.**

Met belangrijk bedoelen we gebeurtenissen waarvan wij op de hoogte moeten zijn om uw verzekering goed uit te voeren. Bijvoorbeeld:

- u verhuist naar het buitenland of gaat daar werken
- u krijgt een ander bankrekeningnummer
- u heeft een kind gekregen
- u bent niet langer verplicht om een basisverzekering te hebben.

Doet u dit niet, dan kan het zijn dat u nota's niet vergoed krijgt.

Geneesmiddelen basisverzekering

Wordt mijn geneesmiddel vergoed?

Wat u vergoed krijgt

De basisverzekering vergoedt op recept geleverde geneesmiddelen en de diensten van de apotheek die daarbij horen. Soms betaalt u een eigen bijdrage. Hieronder zetten we alles op een rij.

De basisverzekering vergoedt de volgende geneesmiddelen:

1. De door de overheid aangewezen geneesmiddelen die in bijlage 1¹ van de Regeling zorgverzekering staan. Bijna alle in Nederland gangbare geneesmiddelen vallen hier onder.
2. Geneesmiddelen die de apotheek op kleine schaal zelf maakt ('magistrale bereidingen') of laat maken ('doorgeleverde bereidingen'). Het mag niet gaan om een geneesmiddel dat (bijna) hetzelfde is als een geneesmiddel dat volgens 1 niet wordt vergoed.
3. Geneesmiddelen zonder handelsvergunning in Nederland, die met toestemming van de overheid in Nederland worden gemaakt of uit het buitenland worden gehaald.
4. Bij een tijdelijk tekort aan een geneesmiddel van nummer 1: een vervangend geneesmiddel uit het buitenland.

De vergoedingen bij 2, 3 en 4 gelden alleen voor rationele farmacotherapie. Dat betekent dat het middel op basis van wetenschappelijk onderzoek als werkzaam geldt, en dat het ook doelmatig is. Hoe dat zit bij doorgeleverde bereidingen staat in doorgeleverde (apotheek)bereidingen².

Sommige geneesmiddelen vergoedt de basisverzekering alleen als aan voorwaarden is voldaan. Bijvoorbeeld dat u een bepaalde indicatie heeft. Die geneesmiddelen en de voorwaarden staan in bijlage 2¹ van de Regeling zorgverzekering. Voorbeelden hiervan zijn zelfzorggeneesmiddelen³ en maagzuurremmers.

Hoe zit het met mijn geneesmiddel?

Weet u de werkzame stof of de naam van uw geneesmiddel? Op medicijnkosten.nl ziet u snel of het geneesmiddel onder de basisverzekering valt en wat de maximale vergoeding is.

En de eigen bijdrage?

De overheid bepaalt hoeveel wij maximaal voor een geneesmiddel mogen vergoeden. De werkelijke prijs is soms hoger. In dat geval betaalt u het prijsverschil zelf. Dit is de wettelijke eigen bijdrage. U betaalt nooit meer dan € 250 per jaar aan wettelijke bijdragen voor geneesmiddelen. De aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger vergoeden de wettelijke eigen bijdragen tot een maximaal bedrag per kalenderjaar. Dit valt onder de vergoeding [Geneesmiddelen aanvullende verzekering](#).

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Per recept geeft de apotheek u een vaste 'afleverhoeveelheid' mee. Bij een voor u nieuw geneesmiddel is dat bijvoorbeeld de hoeveelheid die u voor 15 dagen nodig heeft of de kleinste verpakking. De afleverhoeveelheden staan bij Goed om te weten.

U heeft keuzevrijheid

Ook als het gaat om geneesmiddelen. Wij hebben geen 'preferentiebeleid'. Maar uw geneesmiddel mag ook niet onnodig duur zijn.

Dit vergoedt de basisverzekering niet

- geneesmiddelen die gebruikt worden in klinisch onderzoek
- geneesmiddelen die nog niet zijn toegelaten
- [vaccinaties en preventieve geneesmiddelen](#) voor uw (vakantie)reis
- [homeopathische en antroposofische geneesmiddelen](#)

Andere vergoedingen

Voor sommige geneesmiddelen gelden ook andere voorwaarden. Daarom staan die apart vermeld:

- [dieetpreparaten](#)
- [voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen](#)
- [zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers](#)

¹ Deze vindt u op wetten.overheid.nl

² Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

³ Geneesmiddelen die u zonder recept haalt bij de drogist of apotheek

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% (exclusief de eigen bijdrage) De meeste geneesmiddelen
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	De eigen bijdrage Volgens <u>geneesmiddelen aanvullende verzekering</u>
Benfit	De eigen bijdrage Volgens <u>geneesmiddelen aanvullende verzekering</u>
Optifit	De eigen bijdrage Volgens <u>geneesmiddelen aanvullende verzekering</u>
Topfit	De eigen bijdrage Volgens <u>geneesmiddelen aanvullende verzekering</u>
Superfit	De eigen bijdrage Volgens <u>geneesmiddelen aanvullende verzekering</u>

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico. Dat is ook zo als de basisverzekering uw wettelijke eigen bijdragen boven € 250 vergoedt.

De eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen betaalt u een wettelijke eigen bijdrage. Maar totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Daarboven vergoedt de basisverzekering de wettelijke eigen bijdragen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift (recept) hebben voor het geneesmiddel

Wij vergoeden geneesmiddelen alleen als ze zijn voorgeschreven door uw behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist (nurse practitioner) of physician assistant¹.

Voor sommige geneesmiddelen moet u vooraf toestemming vragen

Sommige geneesmiddelen vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Dit geldt voor de geneesmiddelen die in toestemming geneesmiddelen² staan en voor de geneesmiddelen waarvoor nog geen vergunning is (vermeld bij 3). Hoe u de toestemming aanvraagt staat ook in toestemming geneesmiddelen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

¹ De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

² Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

Sommige geneesmiddelen vallen onder de medisch-specialistische zorg

Geneesmiddelen die u krijgt als onderdeel van zorg door de medisch specialist of tijdens een ziekenhuisopname betaalt u niet apart. Ze zitten in de rekening van het ziekenhuis.

U krijgt een vaste 'afleverhoeveelheid' mee

Per recept vergoeden wij de kosten van een geneesmiddel voor:

- 15 dagen of de kleinste afleververpakking, bij een voor u nieuw geneesmiddel
- 15 dagen, bij antibiotica voor een acute aandoening of bij middelen voor chemotherapie (cystostatica)
- maximaal 1 maand, bij slaapmiddelen (hypnotica) en middelen tegen angst (anxiolytica)
- maximaal 3 maanden, bij een geneesmiddel voor een chronische ziekte
- maximaal 1 jaar, bij de anticonceptiepil
- maximaal 1 maand, bij geneesmiddelen duurder dan € 1.000 per maand tijdens de instelperiode van 6 maanden
- maximaal 1 maand in andere gevallen

Valt een geneesmiddel onder meer categorieën? Dan geldt de kortste periode.

Geneesmiddelen aanvullende verzekering

Een aanvulling op de vergoedingen van de basisverzekering.

Wat u vergoed krijgt

De basisverzekering vergoedt de meeste gangbare geneesmiddelen waarvoor u een recept heeft. Dit valt onder de vergoeding Geneesmiddelen basisverzekering. In sommige gevallen betaalt u een eigen bijdrage.

De **aanvullende verzekeringen** Extrafit en hoger vergoeden:

- de eigen bijdrage
- de meeste geregistreerde geneesmiddelen die de basisverzekering niet vergoedt (de uitzonderingen staan in de 'andere vergoedingen' en bij 'dit wordt niet vergoed')
- verbandmiddelen als u bij een arts in behandeling bent voor een huidaandoening of wond, als ze niet onder de vergoeding Verbandmiddelen vallen

Optifit, Topfit en Superfit vergoeden ook nog:

- zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers voor de eerste 15 dagen, of als u ze korter dan 6 maanden gebruikt
- melatonine van 0,3 mg of meer per eenheid

De terhandstelling en het begeleidingsgesprek van de apotheek¹ vergoeden wij ook.

Extrafit, Benfit, Optifit en Topfit vergoeden per kalenderjaar maximaal het bedrag hieronder. Superfit vergoedt de zorg volledig.

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Dit wordt niet vergoed

- geneesmiddelen en eigen bijdragen waarvoor een terugbetalingsregeling² van de fabrikant geldt
- geneesmiddelen voor erectieproblemen
- geneesmiddelen voor vruchtbaarheidsbehandeling bij Extrafit en Benfit

Andere vergoedingen

Voor sommige geneesmiddelen gelden (ook) andere voorwaarden. Daarom staan ze apart vermeld:

- homeopathische of antroposofische geneesmiddelen
- vaccinaties en preventieve middelen voor uw (vakantie)reis
- anticonceptiegeneesmiddelen
- zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers

¹ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/vergoedingen/kosten-apotheekzorg

² Van bepaalde geneesmiddelen kunt u de kosten of uw wettelijke bijdrage bij de fabrikant terugvragen. Wij vergoeden die dan niet. Ook niet als de fabrikant bepaalt dat u eerst bij ons om vergoeding moet vragen. Meer informatie staat op terugbetaalregeling.nl en hevoconsult.nl

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 100 Maximaal per kalenderjaar voor: <ul style="list-style-type: none">• eigen bijdragen• geregistreerde geneesmiddelen• diensten apotheek• verbandmiddelen Geen vergoeding voor: <ul style="list-style-type: none">• zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers• anticonceptiegeneesmiddelen• geneesmiddelen voor vruchtbaarheidsbehandeling
Benfit	€ 200 Maximaal per kalenderjaar voor: <ul style="list-style-type: none">• eigen bijdragen• geregistreerde geneesmiddelen• diensten apotheek• verbandmiddelen Geen vergoeding voor: <ul style="list-style-type: none">• zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers• geneesmiddelen voor vruchtbaarheidsbehandeling
Optifit	€ 4.540 Maximaal per kalenderjaar voor: <ul style="list-style-type: none">• eigen bijdragen• geregistreerde geneesmiddelen• melatonine 0,3 mg en hoger• diensten apotheek• verbandmiddelen
Topfit	€ 4.540 Maximaal per kalenderjaar voor: <ul style="list-style-type: none">• eigen bijdragen• geregistreerde geneesmiddelen• melatonine 0,3 mg en hoger• diensten apotheek• verbandmiddelen
Superfit	100% Voor: <ul style="list-style-type: none">• eigen bijdragen• geregistreerde geneesmiddelen• melatonine 0,3 mg en hoger• diensten apotheek• verbandmiddelen

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor de basisverzekering. Voor de (genees)middelen en zorgdiensten die onder de aanvullende verzekeringen vallen betaalt u geen eigen risico.

De eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen die de basisverzekering vergoedt, betaalt u een wettelijke eigen bijdrage. De aanvullende verzekeringen vergoeden die eigen bijdrage, volgens de voorwaarden die u nu leest.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift (recept) hebben van een arts of andere voorschrijver

Wij vergoeden geneesmiddelen, verbandmiddelen en melatonine alleen als ze zijn voorgeschreven door uw behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist (nurse practitioner) of physician assistant¹.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

U krijgt een vaste 'afleverhoeveelheid' mee

Per recept vergoeden wij de kosten van een geneesmiddel voor:

- 15 dagen of de kleinste afleververpakking, bij een voor u nieuw geneesmiddel
- 15 dagen, bij antibiotica voor een acute aandoening of bij middelen voor chemotherapie (cytostatica)
- maximaal 1 maand, bij slaapmiddelen (hypnotica) en middelen tegen angst (anxiolytica)
- maximaal 3 maanden, bij een geneesmiddel voor een chronische ziekte
- maximaal 1 jaar, bij de anticonceptiepil
- maximaal 1 maand, bij geneesmiddelen duurder dan € 1.000 per maand tijdens de instelperiode van 6 maanden
- maximaal 1 maand in andere gevallen

Valt een geneesmiddel onder meer categorieën? Dan geldt de kortste periode.

Soms vallen geneesmiddelen onder de ziekenhuisbehandeling

Dan krijgt u het geneesmiddel in of van het ziekenhuis. De kosten vallen dan niet onder deze vergoeding, maar onder de vergoeding Medisch specialist.

Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers

Gebruikt u chronisch zelfzorggeneesmiddelen of maagzuurremmers?

Wat u vergoed krijgt

De meeste geneesmiddelen haalt u met een recept bij de apotheek. Er zijn ook geneesmiddelen waar u geen recept voor nodig heeft. Die kunt u ook bij de drogist en de supermarkt kopen. We noemen die 'zelfzorggeneesmiddelen'. Ook sommige maagzuurremmers zijn zelfzorggeneesmiddelen, en dus zonder recept te koop.

De **basisverzekering** vergoedt de volgende zelfzorggeneesmiddelen, en maagzuurremmers:

1. laxemiddelen (laxantia)
2. kalktabletten
3. middelen bij allergie
4. middelen tegen diarree
5. middelen tegen droge ogen
6. middelen om de maag te legen (maagledigingsmiddelen)
7. andere geneesmiddelen dan 1 t/m 6 met eenzelfde werkzaam bestanddeel en in dezelfde toedieningsvorm
8. maagzuurremmers en combinatiepreparaten met een maagzuurremmer

¹ De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist