

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202500766

Partijen

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

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 18 augustus 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 21 augustus 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 7 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 8 oktober 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 28 oktober 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025024555) aan de commissie meegedeeld geen advies uit te brengen. Een kopie hiervan is op dezelfde dag aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 november 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting en de voorgedragen pleitnota zijn bij brief van 25 november 2025 aan het Zorginstituut gestuurd, met de vraag of een en ander aanleiding vormt alsnog advies uit te brengen. Bij brief van 1 december 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld zijn eerdere standpunt te handhaven.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Topfit, ONVZ OntzorgPlus, ONVZ Wereldfit en ONVZ Zorgplan (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoekster heeft op 28 oktober 2024 een controle gehad van haar linkeroog. Deze controle is uitgevoerd in Leuven, België. Zij heeft tijdens de controle ook een injectie gekregen met het geneesmiddel Eylea®. Deze injecties moesten vervolgens elke vier weken worden herhaald. De kosten van de initiële controle en behandeling - te weten € 1.114,64 - heeft verzoekster ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 2.3. Bij ongedateerd declaratieoverzicht heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van de behandeling in Leuven niet worden vergoed.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 8 en 22 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 28 oktober 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld geen advies uit te brengen.
- 2.6. Bij brief van 1 december 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat de nagekomen stukken geen aanleiding geven alsnog advies uit te brengen.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de initiële controle en behandeling in Leuven alsmede de behandelingen die in vervolg hierop hebben plaatsgevonden te vergoeden.
- 3.2. Zij heeft hiertoe in haar brief aan de commissie van 18 augustus 2025 aangevoerd dat zij al vanaf 2008 goede ervaringen heeft met het academisch ziekenhuis in Leuven. De benadering is daar meer integraal, de wachttijd is korter, en over het algemeen zijn door deze aanpak de kosten ook lager dan in Nederland. Het Amphia ziekenhuis in Breda liet destijds weten op dat moment een langere wachttijd dan gebruikelijk te hebben. In Leuven kon verzoekster daarentegen direct terecht voor een consult. In die periode had verzoekster te maken met een opzegging van de oude huisarts. Deze was op de hoogte van de benodigde zorg, maar kon geen verwijzing voor het buitenland meer uitschrijven, omdat het dossier al onderweg was naar de nieuwe huisartsenpraktijk. Na kennismaking met de nieuwe huisarts heeft deze alsnog een verwijzing afgegeven. In de regio waar verzoekster woont is het inschrijven bij een huisarts een groot probleem vanwege het faillissement van een keten. Omdat zij in Leuven snel terecht kon voor een consult heeft zij die stap in vertrouwen genomen.
- 3.3. Op 28 oktober 2024 werd in het academisch ziekenhuis in Leuven een controle uitgevoerd waaruit bleek dat verzoekster aan het linkeroog een veneuze takocclusie (BRVO) met maculair oedeem had. Haar werd geadviseerd per direct een behandeling met een vier wekelijkse injectie met Eylea® te starten. Gelet op de urgentie bood het ziekenhuis aan niet een nieuwe afspraak te maken, maar de behandeling gelijk te starten. Verzoekster heeft zich toen niet gerealiseerd dat zij daarvoor eerst toestemming had moeten vragen aan de ziektekostenverzekeraar. Dat zou overigens weer veel vertraging van haar behandeling hebben opgeleverd. Naar aanleiding van de vraag van de ziektekostenverzekeraar waarom de arts in Leuven de keuze voor deze medicatie heeft gemaakt,

heeft de behandelend arts om “medicollegiale” redenen een schriftelijke verklaring afgegeven. Daarna is verzoekster doorgegaan met deze behandeling.

- 3.4. Volgens verzoekster staat in de voorwaarden van de zorgverzekering dat zij voor een consult of een onderzoek geen toestemming hoeft te vragen aan de ziektekostenverzekeraar. Voor de beoordeling van het resultaat van de behandeling zijn er verschillende onderzoeken geweest die nu niet zijn gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar, op grond van de afwijzing van de eerste factuur. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd in gesprek te gaan, teneinde de tijdens dit traject gemaakte fouten te herstellen. Indien de juiste procedurele weg zou zijn bewandeld, had dit immers wel tot vergoeding van de zorgkosten geleid. Ook heeft verzoekster aangeboden het verschil in de kosten van de medicatie voor haar rekening te nemen.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat het in eerste instantie ging om een bedrag van € 1.114,64. Inmiddels gaat het om ongeveer € 7.000,--. De kosten worden niet vergoed, omdat verzoekster niet beschikt over een voorafgaande verwijzing van een arts. Als zij hier wel over zou beschikken, weigert de ziektekostenverzekeraar vergoeding omdat Eylea® niet het geneesmiddel is waar hij toestemming voor zou hebben gegeven. Juridisch gezien heeft de ziektekostenverzekeraar gelijk als het gaat om het ontbreken van de voorafgaande verwijzing. Verzoekster beschikt hier niet over. Er is wel een brief van de opticien waarin wordt geadviseerd om te verwijzen. Deze verwijzing is door omstandigheden toen niet opgesteld. Verzoekster moest in die tijd een nieuwe huisarts zoeken. Dit was niet eenvoudig vanwege het faillissement van een grote huisartsketen. De oude huisarts kon de verwijzing niet meer opstellen, omdat het patiëntendossier al was overgedragen. Uiteindelijk heeft de nieuwe huisarts een verwijzing opgesteld, maar dit kon pas na inschrijving en kennismaking. De oude huisarts heeft er wel voor gezorgd dat verzoekster terecht kon in het Amphia ziekenhuis, maar dit is via het systeem van de huisarts gegaan. Hier zijn geen documenten van. Het Amphia ziekenhuis heeft de verwijzing wel bevestigd en uitgelegd dat er een lange wachttijd was. In Leuven kon verzoekster binnen veertien dagen terecht voor een consult. Dit consult was op 28 oktober 2024. De uitkomst van dit consult is naar de huisarts gestuurd. Verzoekster ging eigenlijk naar Leuven voor het plaatsen van nieuwe lenzen, maar bleek een tromboseoog te hebben. Blind worden was een risico en zij moest direct worden behandeld. De nieuwe lenzen konden pas later worden geplaatst. Omdat het bij het ziekenhuis in Leuven bekend was dat verzoekster uit de omgeving van Breda kwam, is aangeboden om de eerste injectie direct te geven, zodat zij niet heen en weer hoefde te reizen. De arts opperde om de behandeling in Breda voort te zetten. De arts in Breda wilde dit niet, omdat het tegen het protocol van het ziekenhuis was. Verzoekster heeft misschien wel verkeerd gehandeld aan het begin van het traject, maar zij heeft contact opgenomen met de zorgverzekeraar om samen tot een oplossing te komen. Zij had graag van de zorgverzekeraar gehoord wat zij in het beginstadium kon doen om de fout te herstellen. De ziektekostenverzekeraar wilde hier niet over in gesprek. Hij spreekt steeds over de formele fout en niet over het herstellen hiervan. Het ziekenhuis in Leuven is gevraagd om een onderbouwing voor de keuze van de behandeling. Het ziekenhuis heeft een rapport geschreven. Hieruit blijkt dat is gekozen voor deze behandeling, omdat verzoekster daar goed op reageert. Daarnaast is deze behandelmethode duurzamer dan het gebruik van een ander middel. Verzoekster heeft vertrouwen in de behandelend arts en heeft het advies opgevolgd. Er is aangeboden om het verschil zelf te betalen, maar daar gaat de zorgverzekeraar niet mee akkoord.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de in Leuven verleende zorg. Hij heeft hiertoe in zijn e-mailbericht aan verzoekster van 8 april 2025 aangevoerd dat geen geldige voorafgaande verwijzing van de huisarts aanwezig is, waardoor geen aanspraak bestaat op vergoeding van de gemaakte kosten. Op basis van de aangeleverde informatie is voorts niet gebleken dat de behandeling met Eylea® noodzakelijk was. Er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat Eylea® betere resultaten geeft

dan het reguliere middel Avastin® bij de behandeling van macula-oedeem. Omdat Avastin® veel doelmatiger is, komt Eylea® niet als eerste keus behandeling in aanmerking voor vergoeding. In zijn e-mailbericht van 22 april 2025 aan verzoekster en zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 6 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar dit standpunt herhaald.

- 4.2. Ook in zijn brief aan de commissie van 7 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn eerdere standpunt ingenomen. Hierbij heeft hij aanvullend verklaard dat uit het dossier niet is gebleken dat Avastin® in het geval van verzoekster medisch niet verantwoord is om te gebruiken, zodat zij op medisch noodzakelijke gronden zou zijn aangewezen op Eylea®. Verder geldt dat de aanvullende ziektekostenverzekering onder bepaalde voorwaarden geneesmiddelen vergoedt die niet vanuit de zorgverzekering worden vergoed. Eén van de voorwaarden in dat verband is dat het moet gaan om een geregistreerd geneesmiddel, dat op basis van een voorschrift van een arts wordt afgehaald bij een apotheek of apotheekhoudend huisarts. Dat is hier niet aan de orde. Eylea® is een zogenoemd add-on geneesmiddel dat wordt toegepast als onderdeel van medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis en dat door het ziekenhuis apart in rekening kan worden gebracht. Een dergelijk geneesmiddel wordt niet aan een verzekerde voorgeschreven (met een recept) en kan ook niet worden opgehaald bij een apotheek. Daarmee is niet voldaan aan de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat het de taak van de zorgverzekeraar is om te beoordelen of er binnen de voorwaarden van de zorgverzekering en de wettelijke kaders aanspraak bestaat op vergoeding van (de kosten van) zorg. De ziektekostenverzekeraar stelt zich op het standpunt dat de zorg niet voor vergoeding in aanmerking komt. De verwijzing van de opticien is het enige stuk dat dateert van voorafgaand aan de behandeling. Dit document is niet rechtsgeldig. Het moet gaan om een verwijzing van bijvoorbeeld een huisarts, medisch specialist, orthoptist of optometrist. Door moeilijkheden met de huisarts is de verwijzing blijkbaar later opgesteld. Dit is niet toegestaan. Een verwijzing moet dateren van voordat de zorg is geleverd, in dit geval 28 oktober 2024. Achteraf verwijzen mag niet. Als voorbij wordt gegaan aan het ontbreken van deze verwijzing, komt de zorg ook niet voor vergoeding in aanmerking. Er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat deze behandeling betere resultaten oplevert dan behandeling met en ander middel, namelijk Avastin®. Dit middel is net zo doelmatig en aanzienlijk goedkoper. Uit het dossier blijkt ook niet dat behandeling met dit middel voor verzoekster onverantwoord zou zijn of dat zij op een andere medische grond was aangewezen op Eylea®. Volgens verzoekster heeft behandeling met dit middel betere resultaten en is het duurzamer. Die mening deelt de ziektekostenverzekeraar niet, omdat hij niet beschikt over informatie waaruit dit blijkt. Ten aanzien van het aanbod van verzoekster om het verschil zelf te bekostigen geldt dat dit wordt gezien als substitutie van zorg. Dit is niet mogelijk. Daarbij komt dat er alleen vergoeding mag worden verleend voor zorg die ook echt is verleend. Er is een verwijzing die is opgesteld gedurende het traject. Dit is niet geldig. Het moet gaan om een verwijzing die is afgegeven voorafgaand aan de start van de behandeling. Verder geldt dat het gaat om een add-on geneesmiddel. In de Nederlandse systematiek betekent dit dat het geneesmiddel naast de DBC van het ziekenhuis in rekening wordt gebracht. Het traject bij het ziekenhuis wordt in zijn geheel beoordeeld. Hoe dat verder medisch inhoudelijk zit, moet bij de medisch adviseur worden nagevraagd.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In zijn brief van 28 oktober 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Het geschil gaat over de vergoeding van Eylea bij de behandeling van macula-oedeem. Gelet op artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw. Dit geschil heeft geen betrekking hierop.

Verweerder heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van Eylea omdat verzoekster niet beschikt over een geldige verwijzing. Het Zorginstituut kan gelet op voornoemd artikel 114, derde lid, Zvw geen advies geven over het ontbreken van een verwijzing.

Daarnaast betreft het geschil de doelmatigheid van zorg. Volgens verweerder is er onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat Eylea betere behandelresultaten oplevert dan Avastin bij de behandeling van macula-oedeem. Aangezien Avastin een volwaardig en kostenefficiënter alternatief is, komt Eylea volgens verweerder niet voor vergoeding in aanmerking.

Uit de toelichting bij het Besluit zorgverzekering volgt dat doelmatigheid een onderwerp is dat behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en niet het onderwerp van wettelijke voorschriften is. Een eventuele doelmatigheidsvereiste is aan de zorgverzekeraar en de verzekerden om daarover afspraken te maken in de zorgverzekering en vervolgens op te nemen in de zorgpolis. Het Zorginstituut heeft daarom geen adviestaak en brengt in dit geschil geen advies uit.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 80 van de voorwaarden van de zorgverzekering en van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch-specialistische zorg en farmaceutische zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Ook zijn hierin artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoekster is naar België gegaan om daar zorg af te nemen. Omdat het hier gaat om een andere EU-lidstaat waarop Europese regelgeving van toepassing is, in dit geval de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004, zal de commissie eerst hieraan toetsen. In artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 is geregeld dat de verzekerde recht heeft op planbare zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat. Voorwaarde is dat de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van zijn verzekeraar. Deze moet toestemming verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Vraagt de verzekerde geen toestemming, dan bestaat in beginsel geen aanspraak op grond van de verordening. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05). Verzoekster heeft geen toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Er is niet gebleken van bijzondere omstandigheden waardoor dit niet mogelijk was (Elchinov, zaak C-173/09). Dat in de voorwaarden van de zorgverzekering geen toestemmingsvereiste zou zijn opgenomen, zoals door verzoekster is gesteld, is in dit kader niet relevant, omdat dit vereiste – zoals hiervoor is toegelicht – afkomstig is uit de rechtstreeks werkende verordening. Het voorgaande betekent dat de verordening buiten toepassing blijft en dat moet worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

Zorgverzekering

- 7.3. Tussen partijen is in geschil (1) of verzoekster diende te beschikken over een voorafgaande schriftelijke verwijzing naar de arts in België, en (2) of Eylea® in haar situatie het meest aangewezen geneesmiddel was. Het betreft in Nederland een add-on geneesmiddel, dat onderdeel vormt van de medisch specialistische behandeling en alleen als zodanig voor vergoeding in aanmerking komt. Indien de eerste afwijzingsgrond standhoudt, is toetsing aan de tweede daarom overbodig en kan ook het aanbod van verzoekster een deel van de kosten zelf te betalen onbesproken blijven. Daarom zal de commissie allereerst toetsen aan het vereiste van een voorafgaande schriftelijke verwijzing.
- 7.4. Op bladzijde 65 e.v. van de zorgverzekering is de aanspraak op medisch-specialistische zorg geregeld. Uit het hierin verwoorde volgt dat om voor vergoeding van medisch specialistische zorg in aanmerking te komen, de verzekerde een vooraf afgegeven schriftelijke verwijzing dient te hebben. Een voorafgaande verwijzing is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld. Van dat laatste is in dit geval geen sprake. Verzoekster heeft een verwijzing van de huisarts, gedateerd 7 maart 2025, overgelegd. Zij is echter op 28 oktober 2024 gestart met de behandeling. Zoals de commissie in een eerdere zaak heeft overwogen (vergelijk onder andere GcZ 18 augustus 2021, 202100703) is de voorwaarde van een voorafgaande - gerichte - verwijzing niet slechts een formaliteit, waaraan achteraf kan worden voldaan. Artikel 14, tweede lid, Zvw bepaalt uitdrukkelijk dat medisch specialistische zorg slechts toegankelijk is nadat een verwijzing is verkregen. De commissie stelt vast dat deze ontbreekt.
- 7.5. Verzoekster heeft gesteld dat zij te maken had met een wisseling van huisarts, waardoor het voor haar lastig was vooraf aan een verwijzing te komen, zodat het ontbreken hiervan haar niet kan worden tegengeworpen. Dit gegeven maakt evenwel niet dat het vereiste van een voorafgaande verwijzing in haar situatie dan niet geldt. Daarnaast is niet gebleken dat zij zich met dit probleem vooraf tot de ziektekostenverzekeraar heeft gewend. De commissie ziet daarom geen aanleiding van de bepaling in de verzekeringsvoorwaarden en het hieraan ten grondslag liggende wetsartikel af te wijken. Dat verzoekster achteraf een verwijzing heeft gevraagd en gekregen van haar nieuwe huisarts maakt dit niet anders.
- 7.6. Nu een voorafgaande verwijzing ontbreekt, heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de initiële controle en behandeling alsmede van de behandelingen die in vervolg hierop hebben plaatsgevonden. De vraag of het toegepaste geneesmiddel in haar situatie was aangewezen kan daarmee, als eerder opgemerkt, onbeantwoord blijven.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.7. De aanvullende ziektekostenverzekering kent dekking voor de eigen bijdrage bij geneesmiddelen en voor geneesmiddelen die de zorgverzekering niet vergoedt, alsmede voor het terhandstellingsgesprek en begeleidingsgesprek en bepaalde verbandmiddelen. Deze dekking is echter beperkt tot geneesmiddelen die op recept worden afgeleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts. Zoals eerder vastgesteld, betreft het in dit geval een add-on geneesmiddel, dat in Nederland uitsluitend wordt verstrekt als onderdeel van een medisch specialistische behandeling en als zodanig alleen kan worden gedeclareerd in het kader van een Diagnose Behandel Combinatie.

Slotsom

- 7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 december 2025,

J.J.M. Linders

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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, 2.6, 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.

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.

● Geneesmiddelen basisverzekering

De basisverzekering vergoedt de meeste medicijnen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding • soms betaalt u een eigen bijdrage • Volgens voorkeursbeleid
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
Optifit	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
Topfit	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
Superfit	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering

● Wat u vergoed krijgt

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt vrijwel alle gangbare geneesmiddelen, die u op recept krijgt. En de dienstverlening en de begeleiding van de apotheek die daarbij hoort. Alle geneesmiddelen die de basisverzekering vergoedt, zijn opgenomen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (gvs). Op medicijnkosten.nl kunt u zien of uw geneesmiddel is opgenomen in het gvs. Daar staat ook per geneesmiddel welke voorwaarden gelden, of er een maximale vergoeding is en of er een eigen bijdrage geldt.

Wat de Vrije Keuze Basisverzekering precies vergoedt, zetten we hieronder op een rij. En leggen we verder uit in ons reglement Farmaceutische zorg 2024. Dit reglement maakt dus ook onderdeel uit van deze vergoeding.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de volgende geneesmiddelen:

1. geneesmiddelen die in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering staan. In die bijlage staan bijna alle in Nederland gangbare geneesmiddelen. Zijn er onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan vergoeden wij alleen de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Soms moet u voor een geneesmiddel aan specifieke voorwaarden voldoen, bijvoorbeeld een bepaalde ziekte hebben. Dat staat in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering
2. geneesmiddelen die de apotheek op kleine schaal zelf maakt ('magistrale bereidingen') of bij een andere apotheek laat maken ('doorgeleverde bereidingen'). Het mag niet gaan om een geneesmiddel dat (bijna) hetzelfde is als een geneesmiddel dat volgens 1 niet wordt vergoed. Behalve als in de Regeling zorgverzekering staat dat het wel mag
3. geneesmiddelen zonder handelsvergunning in Nederland, die met toestemming van de overheid in Nederland worden gemaakt of uit het buitenland worden gehaald. Uw arts vraagt dit speciaal voor u aan als u een zeldzame ziekte heeft
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 we uit onderzoek weten dat de behandeling met het geneesmiddel, in de vorm (bijvoorbeeld pil, injectie of zalf) die voor u geschikt is, goed werkt. En die behandeling ook het meest economisch is voor de basisverzekering.

Medicijnen en dieet

Onder de vergoeding van 1 vallen heel veel geneesmiddelen. Vaak zijn het onderling vervangbare geneesmiddelen. Ze hebben dezelfde werkzame stof, sterkte en toedieningsvorm. Maar er zijn verschillende fabrikanten die hun eigen middel op de markt brengen. Met hun eigen prijs. In bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering zijn de onderling vervangbare medicijnen in groepen (clusters) bij elkaar gezet. En is een vergoedingslimiet bepaald. Alles boven die vergoedingslimiet moet u zelf betalen. Dat is de eigen bijdrage.

Voor de meeste clusters van onderling vervangbare geneesmiddelen uit [bijlage 1](#) wijzen wij 1 of meer specifieke geneesmiddelen aan. Dat betekent dat we voor die clusters alleen die aangewezen geneesmiddelen vergoeden. Die aangewezen geneesmiddelen vallen niet onder uw eigen risico. Maar voor de dienstverlening van de apotheek die daarbij hoort, zoals de terhandstelling of een begeleidingsgesprek, geldt uw eigen risico wel. De aangewezen geneesmiddelen staan op onze [lijst voorkeursgeneesmiddelen](#). Deze lijst kunnen wij in de loop van het jaar wijzigen of uitbreiden.

Voor enkele clusters van onderling vervangbare geneesmiddelen uit bijlage 1 wijzen wij alle generieke geneesmiddelen¹ aan. Over deze generieke geneesmiddelen betaalt u wel eigen risico. Van de apotheek krijgt u op basis van uw recept en medische situatie het meest passende geneesmiddel mee. Wij maken daarover afspraken met de apotheken. Als u bij die apotheken een ander geneesmiddel wilt, kunt u dat bespreken met uw arts of met de apotheek.

Is een ander geneesmiddel dan wij hebben aangewezen voor u medisch gezien nodig? Dus een merkgeneesmiddel of een ander middel dan op onze [lijst voorkeursgeneesmiddelen](#) staat? Dan schrijft uw arts dat, zo nodig met uitleg, op het recept. En vergoeden wij dat geneesmiddel toch. U betaalt daarover dan ook altijd eigen risico.

De eigen bijdragen betaalt u zelf, maar nooit meer dan € 250 per jaar. De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden die eigen bijdragen volgens de vergoeding [Geneesmiddelen aanvullende verzekering](#).

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Zorgverlener zonder contract

U kiest zelf naar welke apotheek u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, voor de geneesmiddelen en de dienstverlening, adviseren wij u naar een gecontracteerde apotheek te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke apotheken wij een contract hebben.

Heeft uw apotheek geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#). Voor de geneesmiddelen en voor de dienstverlening van de apotheek.

Dit vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering niet

- geneesmiddelen bij wetenschappelijk onderzoek
- geneesmiddelen die volgens de wet beschikbaar zijn voor bepaalde schrijnende gevallen
- maagzuurremmers, als u deze niet chronisch moet gebruiken
- de volgende zelfzorggeneesmiddelen als u die niet chronisch moet gebruiken: laxemiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, tegen diarree of droge ogen, of om de maag te legen. Dit geldt ook voor geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en toedieningsvorm (zoals een pil, drankje, zetpil of pleister)
- alle andere zelfzorggeneesmiddelen
- dienstverlening en begeleiding van de apotheek die hoort bij geneesmiddelen die de basisverzekering niet vergoedt

Medicijnen en dieet

Andere vergoedingen

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de volgende middelen niet. Uw aanvullende verzekering soms wel:

- vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor uw (vakantie)reis
- homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

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

- Dieetpreparaten
- voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen
- middelen voor Anticonceptie

• Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen betaalt u een eigen bijdrage. Maar totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Daarboven vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de eigen bijdragen. Zo werkt de eigen bijdrage

Het eigen risico

Voor de specifiek aangewezen geneesmiddelen op onze lijst voorkeursgeneesmiddelen geldt geen eigen risico. Voor alle andere (aangewezen) geneesmiddelen uit de basisverzekering geldt het eigen risico wel. Het eigen risico geldt ook als de Vrije Keuze Basisverzekering uw eigen bijdragen boven € 250 vergoedt. Zo werkt het eigen risico

• Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift (recept) hebben voor het geneesmiddel

Wij vergoeden geneesmiddelen alleen als ze zijn voorgeschreven door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant².

Voor sommige geneesmiddelen moet u vooraf toestemming vragen

Sommige geneesmiddelen vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven.

• 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.

Soms krijgt u uw geneesmiddel van het ziekenhuis

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.

Woont u in een Wlz-instelling? Dan regelt die vaak uw geneesmiddelen

Als u ook behandeling krijgt van de Wlz-instelling, dan horen geneesmiddelen daarbij.

Medicijnen en dieet

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.

Uitleg

1. Generieke geneesmiddelen: een generiek geneesmiddel heeft dezelfde werkzame stof, sterkte en toedieningsvorm als het originele merkgeneesmiddel, maar komt van een andere fabrikant
2. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

● Geneesmiddelen aanvullende verzekering

Een aanvulling op de vergoedingen van de basisverzekering.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	€ 150 voor eigen bijdragen, sommige geregistreerde geneesmiddelen en verbandmiddelen Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 300 voor sommige geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen, melatonine, waarvan max. € 250 voor eigen bijdragen Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 1.500 voor sommige geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen, melatonine, waarvan max. € 250 voor eigen bijdragen Max. per kalenderjaar
Superfit	100% sommige geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen, melatonine, waaronder max. € 250 voor eigen bijdragen Max. per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt de meeste geneesmiddelen waarvoor u een recept heeft. Daarvoor geldt de vergoeding Geneesmiddelen basisverzekering. Soms betaalt u een eigen bijdrage.

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

- de eigen bijdragen
- geregistreerde geneesmiddelen die de basisverzekering niet vergoedt. Hebben wij binnen een geneesmiddelencluster geneesmiddelen aangewezen? Dan vergoedt uw aanvullende verzekering andere geneesmiddelen uit dat cluster niet. Meer uitleg daarover vindt u in ons reglement Farmaceutische zorg
- de terhandstelling en het begeleidingsgesprek van de apothek van de geneesmiddelen die uw aanvullende verzekering vergoedt
- verbandmiddelen als u bij een arts onder behandeling bent voor een huidaandoening of wond, als ze niet onder de vergoeding Verbandmiddelen vallen

Optifit en hoger vergoeden ook nog:

- melatonine van 0,3 mg of meer per eenheid

Benfit, Optifit en Topfit vergoeden per kalenderjaar maximaal het bedrag hierboven. Superfit vergoedt de zorg volledig. Van deze vergoedingen mag u maximaal € 250 gebruiken voor wettelijke eigen bijdragen. Dat zijn de wettelijke eigen bijdragen en geen andere bijbetalingen.

Medicijnen en dieet

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Dit wordt niet vergoed

- geneesmiddelen en eigen bijdragen waarvoor een terugbetalingsregeling¹ van de fabrikant geldt
- geneesmiddelen uit de clusters waarin wij voor de basisverzekering geneesmiddelen hebben aangewezen
- geneesmiddelen tegen een erectieprobleem
- geneesmiddelen tegen kaalheid
- geneesmiddelen voor Vruchtbaarheidsbehandelingen
- geneesmiddelen die u gebruikt om te vermageren
- vitamines en mineralen

Andere vergoedingen

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

- homeopathische en antroposofische geneesmiddelen
- vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor uw (vakantie)reis
- middelen voor Anticonceptie
- Geneesmiddelen basisverzekering

• Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen die de basisverzekering vergoedt, betaalt u een eigen bijdrage. De aanvullende verzekeringen vergoeden die eigen bijdrage, volgens de vergoeding die u nu leest. Maar totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Daarboven vergoedt de basisverzekering de eigen bijdrage. Zo werkt de eigen bijdrage

Geen eigen risico

Voor geneesmiddelen uit de aanvullende verzekering geldt geen eigen risico.

• 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 de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant².

• 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.

Lees ook ons reglement Farmaceutische zorg

In dat reglement leggen wij meer uit over de vergoeding van geneesmiddelen en de dienstverlening van de apotheek.

Medicijnen en dieet

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 krijgt u uw geneesmiddel van het ziekenhuis

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.

Uitleg

1. Terugbetalingsregeling: Van bepaalde geneesmiddelen kunt u de kosten of uw wettelijke eigen 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](https://www.terugbetaalregeling.nl) en [hevoconsult.nl](https://www.hevoconsult.nl)
2. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist