

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs, mr. J.J.M. Linders en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202401531

## Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

## 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 3 november 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 10 november 2024 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 23 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 24 december 2024 aan verzoekster gezonden. Diezelfde dag heeft verzoekster hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is, eveneens op 24 december 2024, aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 16 januari 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024045932) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 21 januari 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Op 6 februari 2025 heeft verzoekster een brief aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 10 februari 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 februari 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 27 februari 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 16 januari 2025 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie een vraag gesteld. Bij brief van 3 april 2025 heeft het Zorginstituut de vraag van de commissie beantwoord en meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een kopie hiervan is op 4 april 2025 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Van de ziektekostenverzekeraar heeft de commissie geen reactie ontvangen. Op 15 april 2025 heeft verzoekster een brief aan de commissie gezonden. Een afschrift hiervan is op 29 april 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

## 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Bij e-mailbericht van 21 juni 2024 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar gevraagd om vergoeding van de kosten van het vaccin Shingrix®, te weten een bedrag van € 362,64.
- 2.3. Diezelfde dag heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mailbericht aan verzoekster meegedeeld dat geen aanspraak staat op vergoeding van de kosten van het vaccin Shingrix®.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 4 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 16 januari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 3 april 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

## 3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van het vaccin Shingrix® te weten een bedrag van € 362,64, te vergoeden.
- 3.2. Verzoekster heeft in haar brieven van 9 augustus 2024 en 3 november 2024 toegelicht dat sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van het vaccin Shingrix®. Zij is bekend met Systemische Sclerose (hierna: SSc). Jaarlijks worden 10 tot 25 patiënten hiermee gediagnosticeerd. SSc is een uiterst zeldzame en ernstige auto-immuunziekte waardoor organen kunnen worden aangetast. De risico's verbonden aan SSc zijn te vergelijken met die welke patiënten lopen in de in artikel 131 van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering genoemde doelgroepen, zoals patiënten met het Humaan Immuundeficiëntie Virus (hierna: HIV). Mogelijk zijn de risico's voor een SSc-patiënt nog groter, omdat voor HIV-patiënten verschillende geneesmiddelen beschikbaar zijn. Voor SSc-patiënten is dit niet het geval. Bij SSc kan alleen gebruik worden gemaakt van chemokuren als de situatie voldoende ernstig wordt. Het vaccin Shingrix® zorgt voor een maximale bescherming bij een falend immuunsysteem. De behandelend reumatoloog heeft verzoekster geadviseerd om dit geneesmiddel te gebruiken. Volgens de ziektekostenverzekeraar had de reumatoloog de kosten via een DBC-zorgproductcode kunnen afhandelen. In dat geval zouden de kosten door het ziekenhuis zijn betaald. Dat dit niet is gebeurd, kan niet ertoe leiden dat de kosten voor rekening van verzoekster blijven. Verzoekster is als patiënt niet op de hoogte van de financiële routes en de behandelend reumatoloog heeft er óf niet aan gedacht óf is mogelijk niet op de hoogte geweest. Het gaat immers om een uiterst zelden voorkomende ziekte. Daarbij komt dat als de kosten van de vaccinatie via de DBC-zorgproductcode zouden worden vergoed, deze ook ten laste van de zorgverzekering komen. Verder heeft verzoekster zich op het standpunt gesteld dat sprake is van schending van het gelijkheidsbeginsel. Zij is bekend met de bestaande regelgeving. Echter, in het onderhavige geval gaat het om de ernst van twee aandoeningen, namelijk HIV en SSc. De ziektekostenverzekeraar heeft de vrijheid om in individuele gevallen van de bestaande regelgeving af te wijken. Als SSc-patiënt staat verzoekster met haar rug tegen de muur. Zij heeft op geen enkele manier kunnen voorkomen dat zij deze ernstige ziekte met vele gevolgen zou krijgen.

- 3.3. In haar brief van 6 februari 2025 heeft verzoekster zowel het ziektebeeld van de HIV-patiënt als dat van een Ssc-patiënt beschreven. Volgens de website [www.aidsfonds.nl](http://www.aidsfonds.nl) breekt HIV het afweersysteem van het lichaam, dat is opgebouwd om de mens te beschermen tegen allerlei virussen en bacteriën, stap voor stap af. Het aantal patiënten wordt geschat op 25.240. 1.470 van deze patiënten weten niet dat zij besmet zijn met HIV. In het jaar 2023 kregen 424 mensen te horen dat zij besmet waren met HIV. Per jaar overlijden er 10 patiënten vanwege te laat ingezette behandeling. Een HIV-infectie gaat gepaard met koorts, keelpijn, huiduitslag, gewichtsverlies, misselijkheid, braken, diarree, gewrichtspijn, vermoeidheid, nachtzweeten en kortademigheid. Een HIV-besmetting kan worden voorkomen. Naast het gebruik van condooms, bestaat de HIV-preventiepil 'PrEp', vaginale DapiRing, de halfjaarlijkse prik Lenacapivir, en PEP-medicatie. HIV kan tegenwoordig goed worden behandeld met HIV-remmers. Er zijn 20 verschillende soorten HIV-remmers die in combinaties van 3 kunnen worden gegeven. Alle officieel geregistreerde combinatiebehandelingen worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Bij een goede en snelle behandeling is HIV een chronische ziekte met een levensverwachting en kwaliteit van leven als ieder ander. Bij een HIV-infectie zijn er genoeg verschijnselen om naar de huisarts te gaan of een HIV-test te doen.

Volgens de website [www.reumanederland.nl](http://www.reumanederland.nl) is SSc een zeldzame auto-immuunziekte die het bindweefsel in het lichaam aantast. De ziekte wordt gekenmerkt door verharding en verdikking van de huid en andere organen. Deze veranderingen worden veroorzaakt door een overactief immuunsysteem dat gezond weefsel aanvalt en littekenweefsel vormt. Het aantal patiënten wordt geschat op 3.000. De levensverwachting van een SSc-patiënt is van vele factoren afhankelijk. In het algemeen is sprake van een verminderde levensverwachting. Hierbij kan de kwaliteit van leven ernstig afnemen. Ernstige orgaanschade kan de levensverwachting flink verkorten. Bij onbehandelde SSc is sterfte bij 50% van de patiënten binnen 3 jaar aan de orde. SSc heeft verschillende symptomen en mogelijke gevolgen; namelijk fenomeen van Raynaud met risico op zweertjes op de vingertoppen, 'puffy' vingers en nagelriembloedingen, de huid wordt dikker, strak en droog, droge mond, ogen en andere slijmvliezen, kleiner wordende mond en dunnere lippen, longproblematiek door longfibrose of pulmonale hypertensie, hartproblematiek met hartritmestoornissen, kortademigheid en pijn achter het borstbeen, slokdarmproblemen door verminderde peristaltiek en maagzuur, darmproblematiek met krampen, diarree, obstipatie en gewichtsverlies, ontlastingsincontinentie, nier-problematiek bij verminderde nierfunctie door toename van het bindweefsel, pijnlijke gewichten en gewichts- en peesontstekingen met verstijving en minder goed bewegen en risico op contracturen, neurologische afwijkingen zoals een trigeminus neuralgie, vermoeidheid, pijnen en rode plekjes. SSc is niet te voorkomen en kan ook niet worden behandeld. Er kunnen alleen leefstijladviezen worden gegeven. Als er bij vergevorderde SSc organen moeten worden behandeld, zijn chemokuren nodig. In enkele gevallen is ook stamceltransplantatie aan de orde.

Verzoekster heeft toegelicht zij bij een reumatoloog in het Radboud ziekenhuis is geweest voor een second opinion vanwege de daar aanwezige expertise op het gebied van SSc. Hier is het vaccin voorgeschreven. Vervolgens is verzoekster teruggekeerd naar haar behandelend reumatoloog. Als patiënt heeft verzoekster geen inzicht in de financiële afhandeling van zorgkosten, ook niet bij een second opinion.

Verzoekster heeft herhaald dat zij een beroep doet op het gelijkheidsbeginsel. Zij heeft hierbij verwezen naar artikel 1 van de Grondwet en informatie van de Vereniging voor Bestuursrecht. Ten aanzien van het voorlopig advies van het Zorginstituut heeft verzoekster opgemerkt dat het Zorginstituut ten onrechte spreekt over de behandelend reumatoloog die het vaccin heeft voorgeschreven. Dit betrof namelijk de reumatoloog van de second opinion. Verder heeft het Zorginstituut een vijfde voorwaarde genoemd op grond waarvan aanspraak bestaat op het vaccin Shingrix®, namelijk degene die behandeld (gaat) worden met een immunosuppressieve biological of JanusKinase (JAK)-remmer. Deze JAK-remmers kunnen worden voorgeschreven bij patiënten met verschillende vormen van reuma, bijvoorbeeld bij reumatoïde artritis of artritis psoriatica. Artritis psoriatica hangt verzoekster boven het hoofd vanwege enthesiopathie (schouders en ellebogen) bij familiair voorkomen.

Verder heeft verzoekster haar persoonlijke situatie toegelicht. Eind november 2023 is zij gediagnosticeerd met SSc. Verzoekster functioneerde slecht, kon amper kleine stukjes lopen met een rollator, had veel pijnklachten en raakte steeds vermoeider dat haast tot uitputting leidde. Het was destijds dag en nacht overleven. Bij de second opinion in 2024 werd verzoekster ‘uniek complex’ genoemd vanwege alle aandoeningen die als gestapelde pech in haar leven zijn gekomen, waaronder SSc. Volgens verzoekster bevindt elke SSc-patiënt zich in een uitzonderlijke situatie en heeft deze recht op vergoeding van het vaccin Shingrix®. De complicatie post-herpetische neuralgie wordt niemand gegund, maar zeker niet de SSc-patiënt.

- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster verwezen naar haar brief van 6 februari 2025 waarin haar standpunt uitgebreid is opgenomen. In aanvulling hierop heeft zij benadrukt dat haar situatie buitengewoon uitzonderlijk is. Ook de patiëntengroep waartoe zij behoort is uitzonderlijk. Verzoekster heeft te maken met opvlambare ziektes. Zo is de pseudojicht opvlambaar en doet dit veel pijn. Hoogstwaarschijnlijk is artritis psoriatica ook aan de orde. Dit is benoemd door artsen in het Radboud ziekenhuis, Er is sprake van een familiale belasting met de gewrichtsvorm van artritis psoriatica. Vorig jaar is verzoekster zes keer uit roulatie gegaan en was zij volkomen afhankelijk van haar bed. De ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut zijn ten onrechte niet ingegaan op de vergelijking met HIV-patiënten, zoals opgenomen in de brief van 6 februari 2025. In aanvulling op hetgeen in deze brief is beschreven, heeft verzoekster toegelicht dat HIV-patiënten een falend immuunsysteem hebben. Bij HIV-patiënten gaat het immuunsysteem langzaam achteruit. Bij SSc-patiënten faalt het immuunsysteem niet alleen, het lichaam valt zichzelf aan. Naast de in de brief van 6 februari 2025 genoemde symptomen, kan er sprake zijn van kalkvorming onder de huid. Hierdoor kunnen bultjes ontstaan. Dit is erg vervelend. SSc is ontzettend ingewikkeld en de gevolgen ervan zijn merkbaar in het hele lichaam. Daarnaast zorgt het voor uiterlijke veranderingen. Sommige patiënten kunnen binnen een dag kaal worden. Voor SSc is geen behandeling mogelijk. De enige mogelijkheid die een patiënt heeft, is het aannemen van een goede leefstijl. Dit vraagt veel van een patiënt.

In zijn advies noemt het Zorginstituut een vijfde voorwaarde op grond waarvan aanspraak bestaat op het vaccin Shingrix®, namelijk onderdeel e van artikel 131 van Bijlage 2 van de Regeling Zorgverzekering. Het gaat hierbij om degene die behandeld gaat worden met JAK-remmers. Deze JAK-remmers kunnen worden voorgeschreven bij patiënten met verschillende vormen van reuma, bijvoorbeeld bij reumatoïde artritis of artritis psoriatica. Met deze vormen van reuma krijgt verzoekster mogelijk zelf in de toekomst te maken. Verzoekster heeft verder herhaald dat de reumatoloog van de second opinion, die het vaccin heeft voorgeschreven, mogelijk niet op de hoogte was van de mogelijkheid om het vaccin vanuit de DBC-zorgproductcode te bekostigen. Daarbij komt dat als de kosten zouden zijn vergoed vanuit de DBC-zorgproductcode van de reumatoloog, zij feitelijk uit dezelfde pot zouden zijn betaald.

Voorts heeft verzoekster opgemerkt dat het vaccin onderwerp is geweest van een tv-programma. Ook was recent in het nieuws dat GGD-artsen en ouderenbonden pleiten voor vergoeding van het vaccin Shingrix® vanuit de zorgverzekering. Volgens dit nieuwsbericht gaat het om 90.000 besmettingen per jaar. Het grootste deel hiervan betreft ouderen. Als kosten van het vaccin werd een bedrag van € 500,-- genoemd. Als daarvan wordt uitgegaan, kost het vaccineren van deze ouderen mogelijk € 37,5 miljoen. Als de betreffende ouderen niet worden gevaccineerd, staat hier een mogelijk kostenplaatje van € 1.000,-- per persoon tegenover. Dit komt uit op € 75 miljoen. Dit enorme verschil in zorgkosten pleit ervoor om meer met het vaccin te doen.

- 3.5. Bij brief van 15 april 2025 heeft verzoekster aangevoerd dat op grond van zowel artikel 131, onderdeel d, van Bijlage 2 van de Regeling Zorgverzekering als op grond van artikel 131, onderdeel e, aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van het vaccin Shingrix®.

In zijn voorlopig advies van 16 januari 2025 heeft het Zorginstituut gewezen op onderdeel e van artikel 131, van Bijlage 2 van de Regeling Zorgverzekering. Vervolgens heeft hij bij definitief advies van 3 april 2025 gesteld dat onderdeel e in dit geval niet van toepassing is, omdat deze voorwaarde pas per 1 januari 2025 van kracht is. Met het vermelden van artikel 131, onderdeel e, van Bijlage 2

van de Regeling Zorgverzekering heeft het Zorginstituut echter de verwachting gewekt dat een extra grond bestond voor vergoeding van de kosten van het vaccin Shingrix®. Volgens verzoekster kan onderdeel e met terugwerkende kracht worden ingezet en is in haar geval aan deze voorwaarde voldaan. Zoals blijkt uit haar brief van 6 februari 2025 heeft verzoekster – anders dan het Zorginstituut stelt – immers reeds te maken met bepaalde vormen van reuma. Cppd-artritis was al in 2023 aan de orde, maar is in een actief stadium pas in oktober 2024 door de reumatoloog geobjectiveerd. Artritis psoriatica is genoemd door de reumatoloog vanwege aanvallen van pijn en het niet kunnen bewegen van de schouders en ellebogen. Dit is nog niet geobjectiveerd, omdat verzoekster nog niet is gezien in een actief stadium. Het is daarom beschreven als enthesiopathie. Cppd-artritis heeft vergelijkbare symptomen als reumatoïde artritis en wordt zelfs verward met reumatoïde artritis. Zo ook met artritis veroorzaakt door SSc. Dit heeft ook dezelfde symptomen als reumatoïde artritis en als bij Cppd-artritis. Alle drie de aandoeningen ontstaan op basis van een aanvallend immuunsysteem. Dit geldt ook voor artritis psoriatica. Aangezien het Zorginstituut de voorwaarde van artikel 131, onderdeel e, van Bijlage 2 van de Regeling Zorgverzekering heeft opgenomen in zijn voorlopig advies, en verzoekster aan deze voorwaarde voldoet, is het wrang om de aanvraag af te wijzen omdat het vaccin in 2024 is verkregen, toen de e-grond nog niet van kracht was.

Verder heeft verzoekster herhaald dat de SSc-patiënt kwetsbaarder is dan de HIV-patiënt en dat ten onrechte niet wordt ingegaan op haar vergelijking tussen SSc-patiënten en HIV-patiënten. Dit geldt ook voor het door haar gedane beroep op het gelijkheidsbeginsel. De stelling van het Zorginstituut dat het vaccin niet werd voorgeschreven voor de indicatie genoemd in artikel 131, onderdeel e, van Bijlage 2 van de Regeling Zorgverzekering, maar ter preventie van herpes zoster, heeft verzoekster bestreden.

#### **4. Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de kosten van het vaccin Shingrix® niet worden vergoed. Hij heeft hiertoe in zijn brief van 23 december 2024 toegelicht dat een verzekerde in aanmerking komt voor vergoeding van een geregistreerd geneesmiddel of vaccin vanuit de aanspraak op farmaceutische zorg wanneer de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dat geneesmiddel of vaccin op Bijlage 1 en/of Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering heeft geplaatst. Als een geneesmiddel of vaccin op Bijlage 2 is opgenomen gelden er extra voorwaarden voor vergoeding. Shingrix® is opgenomen op Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Het betreft een recombinant herpes zoster vaccin met adjuvans. Volgens artikel 131 van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering mag een dergelijk vaccin door zorgverzekeraars uitsluitend vanuit de basisverzekering worden vergoed als aan de volgende voorwaarden is voldaan: Het gaat om een verzekerde van achttien jaar of ouder (a) die onlangs een stamceltransplantatie (allogeen of autoloog) ondergaan heeft, of bij wie een stamceltransplantatie gepland staat, (b) met een solide tumor of hematologische kanker, die behandeld wordt met een immuunsuppressieve behandeling, bij wie vaccinatie vóór, tijdens of na de behandeling toegediend kan worden, (c) die onlangs een orgaantransplantatie ondergaan heeft, of bij wie een orgaantransplantatie gepland staat, of (d) die geïnfecteerd is met het Humaan Immundeficiëntie Virus (HIV). Verzoekster heeft verklaard dat bij haar diffuse systemische sclerose is geconstateerd. Haar reumatoloog heeft geadviseerd om naast alle gangbare vaccinaties de vaccinatie met Shingrix® te nemen, omdat voor haar op dit moment geen geneesmiddelen beschikbaar zijn. De situatie van verzoekster voldoet niet aan de voorwaarden van artikel 131 van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Om die reden mogen de kosten door de ziektekostenverzekeraar niet worden vergoed vanuit de aanspraak op farmaceutische zorg.
- 4.2. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoekster niet voor een vergoeding vanuit coulance in aanmerking komt. Er is geen sprake van een uitzonderlijke situatie die noopt tot een zodanige vergoeding. In het geval van verzoekster komt de Shingrix® vaccinatie voor vergoeding in aanmerking op grond van de aanspraak op medisch specialistische zorg. Verzoekster wordt voor

haar aandoening behandeld door een reumatoloog. Vanwege haar diffuse systemische sclerose vond de reumatoloog het aangewezen dat verzoekster met Shingrix® werd gevaccineerd. In dat geval kan de vaccinatie met Shingrix® voor vergoeding in aanmerking als deze in het ziekenhuis plaatsvindt als onderdeel van de medische specialistische behandeling voor haar diffuse systemische sclerose. De kosten van het vaccin vallen dan onder de DBC-zorgproductcode die de ziektekostenverzekeraar vergoedt aan het ziekenhuis. Dit is echter niet gebeurd en heeft tot gevolg gehad dat verzoekster de kosten nu zelf moet dragen omdat geen aanspraak bestaat op basis van farmaceutische zorg. Het enkele feit dat dit kosten voor verzoekster heeft veroorzaakt, leidt er niet toe dat de ziektekostenverzekeraar alsnog moet overgaan op vergoeding.

4.3. Verzoekster heeft verklaard dat zij net zo'n hoog risico heeft om ziek te worden als een patiënt met HIV. Volgens verzoekster is afwijzing van vergoeding daarom onredelijk. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat de minister van VWS ten aanzien van Shingrix® heeft bepaald in welke gevallen een zorgverzekeraar de kosten mag vergoeden. De ziektekostenverzekeraar is hieraan gebonden. Op grond van deze regelgeving komt Shingrix® wel voor vergoeding in aanmerking bij een verzekerde die is geïnfecteerd met HIV, en niet bij een verzekerde met een aandoening die niet wordt genoemd in de hierboven genoemde bepaling van de bijlage bij de Regeling Zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar mag op dit punt geen eigen afweging maken.

4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop verklaard dat het genoemde vaccin bescherming biedt aan verzoekster. Echter, dit is niet de kernvraag. Het is niet aan de ziektekostenverzekeraar om te bepalen wat wel en niet kan worden vergoed aan iedere Nederlander met eenzelfde aandoening als verzoekster. De zorgverzekering met de daarbij behorende verstrekkingen hoort gelijk te zijn voor iedere Nederlander en dat zou niet meer het geval zijn als de ziektekostenverzekeraar een ander beleid zou volgen dan andere zorgverzekeraars. Het is niet aan de ziektekostenverzekeraar om te bepalen of het vaccin Shingrix® in deze situatie moet worden vergoed. Momenteel is het vaccin uitgesloten van vergoeding. Mogelijk verandert dit in de toekomst nog. De ziektekostenverzekeraar moet echter toetsen aan de hand van de op dit moment geldende voorwaarden.

In zijn voorlopig advies aan de commissie van 16 januari 2025 heeft het Zorginstituut geconcludeerd dat het in dit geval gaat om een extramuraal geneesmiddel. Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet sprake zijn van een van de vijf genoemde indicaties. SSc wordt niet genoemd als indicatie. Hierdoor voldoet verzoekster niet aan de indicatievoorwaarden en heeft zij geen aanspraak op vergoeding van de kosten van het vaccin.

De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij benadrukt dat wettelijk is bepaald in welke gevallen hij vergoeding mag verlenen voor het vaccin Shingrix®. Dit betreft bindende regelgeving. In de onderhavige situatie is er geen grond om van deze regelgeving af te wijken.

## 5. Advies Zorginstituut

5.1. In het voorlopig advies van 16 januari 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

### ***“Juridisch kader***

#### ***Extramurale geneesmiddelen***

*Geneesmiddelen die op recept van een arts verkrijgbaar zijn bij de apotheek zijn extramurale geneesmiddelen. In de Zvw en aanverwante regelgeving is de vergoeding van deze geneesmiddelen geregeld. Extramurale geneesmiddelen komen voor vergoeding uit het basispakket in aanmerking zodra het middel is opgenomen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Het GVS is een onderdeel van de Rzv. Het GVS bevat*

lijsten met geneesmiddelen die een te verzekeren prestatie zijn in het kader van de Zvw. De middelen die zijn opgenomen in het GVS zijn geclusterd op bijlage 1A van de Rzv (onderling vervangbare middelen) of staan apart op bijlage 1B (unieke geneesmiddelen).

#### Bijlage 2 voorwaarden

Voor sommige geneesmiddelen in het GVS gelden extra voorwaarden voor vergoeding. Deze geneesmiddelen worden ook nog geplaatst op bijlage 2 van de Rzv. Deze limitatieve positieve lijsten vormen een gesloten systeem van te verzekeren prestaties.

#### Recombinant herpes zoster vaccin met adjuvans

Het varicella-zostervaccin (Shingrix®) is opgenomen in bijlage 2 van de Rzv. In onderdeel 131 zijn de voorwaarden genoemd voor de vergoeding van het varicella-zostervaccin (Shingrix®):

Uitsluitend voor een verzekerde van achttien jaar of ouder:

- a) die onlangs een stamceltransplantatie (allogeen of autoloog) ondergaan heeft, of bij wie een stamceltransplantatie gepland staat,
- b) met een solide tumor of hematologische kanker, die behandeld wordt met een immuunsuppressieve behandeling, bij wie vaccinatie vóór, tijdens of na de behandeling toegediend kan worden,
- c) die onlangs een orgaantransplantatie ondergaan heeft, of bij wie een orgaantransplantatie gepland staat, of
- d) die geïnfecteerd is met het Humaan Immuundeficiëntie Virus (HIV).
- e) die behandeld (gaat) worden met een immunosuppressieve biological of Janus Kinase (JAK)-remmer.

#### Adviesbevoegdheid

Het geschil betreft ook vergoeding op basis van coulance en het gelijkheidsbeginsel. Dit valt buiten de reikwijdte van de adviestaak van het Zorginstituut.

#### **Beoordeling**

De informatie in het dossier is farmacotherapeutisch en juridisch beoordeeld.

Verzoekster heeft het varicella-zostervaccin (Shingrix®) via haar behandelend reumatoloog op recept verkregen bij een apotheek. In geval van verzoekster is daarom sprake van een extramuraal geneesmiddel, en dient beoordeeld te worden of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van het vaccin vanuit de farmaceutische zorg. Hiervoor moet sprake zijn van een van de indicaties genoemd in onderdeel 131 van bijlage 2 van de Rzv. Verzoekster heeft systemische sclerose. Systemische sclerose is niet genoemd als indicatie in onderdeel 131. Verzoekster voldoet derhalve niet aan de indicatievoorwaarden zoals genoemd in onderdeel 131 van bijlage 2 van de Rzv.

#### **Conclusie**

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster voldoet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding het varicella-zostervaccin (Shingrix®) vanuit de farmaceutische zorg. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op de vergoeding van het varicella-zostervaccin (Shingrix®) ten laste van de basisverzekering.

#### **Het advies**

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster voldoet niet aan de indicatiecriteria voor vergoeding van het varicella-zostervaccin (Shingrix®) ten laste van de basisverzekering."

- 5.2. In het definitief advies van 3 april 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*“Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen.*

*Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.*

*U vraagt het Zorginstituut in te gaan op de stelling van verzoekster dat er aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van het vaccin op grond van de ‘e-grond’, nu verweerder daar ter zitting geen motivering voor gaf, maar slechts inging op de a- tot [en met] d- grond.*

*Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op. Verzoekster stelt dat zij in de toekomst te maken kan krijgen met bepaalde vormen van reuma waar een Janus Kinase (JAK)-remmer voor gebruikt kan worden. De ‘e-grond’ van onderdeel 131 in bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering is per 1 januari 2025 van kracht. Deze indicatie betreft verzekerden van 18 jaar of ouder die behandeld (gaan) worden met een immunosuppressieve biological of Janus Kinase (JAK)-remmer.*

*Verzoekster heeft het vaccin in mei 2024 gekregen. Toen was de ‘e-grond’ niet van toepassing. Vergoeding ten laste van de basisverzekering van het vaccin op grond van deze indicatie is daarom niet mogelijk. Daarnaast werd het vaccin niet voorgeschreven voor deze indicatie, maar ter preventie van herpes zoster (gordelroos).”*

## **6. Bevoegdheid van de commissie**

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering. 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. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Extramurale geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die op recept verkrijgbaar zijn bij de apotheek en vallen onder de aanspraak op farmaceutische zorg. Intramurale geneesmiddelen zijn onderdeel van een ziekenhuisbehandeling en deze vallen onder de aanspraak op medisch specialistische zorg. De zorgverzekering biedt dekking voor zowel farmaceutische zorg als medisch specialistische zorg. Dit blijkt uit de artikelen 23 en 34 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Verzoekster heeft het vaccin Shingrix® geleverd gekregen door de apotheek en de kosten hiervan ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. In het onderhavige geval gaat het dus om een extramuraal geneesmiddel en dient de aanspraak te worden beoordeeld in het kader van farmaceutische zorg.
- 7.3. Op grond van artikel 34 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op – onder andere – door de minister van VWS in Bijlage 1 van de Rzv aangewezen extramurale geneesmiddelen. Deze bepaling is gebaseerd op de artikelen 2.8 Bzv en 2.5 Rzv. In Bijlage 2 van de Rzv zijn voor bepaalde geneesmiddelen nadere voorwaarden gesteld. Het vaccin Shingrix® was als recombinant herpes zoster vaccin met adjuvans in het jaar 2024 opgenomen in artikel 131 van deze bijlage, met vermelding van de volgende voorwaarden: uitsluitend voor een verzekerde

van achttien jaar of ouder (a) die onlangs een stamceltransplantatie (allogeen of autoloog) ondergaan heeft, of bij wie een stamceltransplantatie gepland staat, (b) met een solide tumor of hematologische kanker, die behandeld wordt met een immuunsuppressieve behandeling, bij wie vaccinatie vóór, tijdens of na de behandeling toegediend kan worden, (c) die onlangs een orgaantransplantatie ondergaan heeft, of bij wie een orgaantransplantatie gepland staat, (d) die geïnfecteerd is met het Humaan Immundeficiëntie Virus (HIV).

- 7.4. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster niet valt onder de patiëntengroepen die in het jaar 2024 zijn genoemd in artikel 131 van Bijlage 2 van de Rzv. Dit blijkt ook uit het voorlopig advies van het Zorginstituut van 16 januari 2025 aan de commissie, waarin het Zorginstituut concludeert dat verzoekster geen aanspraak kan maken op vergoeding van het vaccin Shingrix® vanuit de farmaceutische zorg ten laste van de zorgverzekering. Verzoekster heeft aangevoerd dat aanspraak bestaat op vergoeding van het vaccin Shingrix® omdat zij valt onder de in het voorlopig advies van het Zorginstituut van 16 januari 2025, op pagina 2 onder “Juridisch kader”, genoemde vijfde patiëntengroep van artikel 131 van Bijlage 2 van de Rzv, namelijk een verzekerde van achttien jaar of ouder die behandeld (gaat) worden met een immunosuppressieve biological of Janus Kinase (JAK)-remmer. De commissie volgt verzoekster hierin niet. Zoals nader toegelicht in het definitief advies van het Zorginstituut van 3 april 2025 is het in het voorlopig advies genoemde artikel 131, onderdeel e van Bijlage 2 van de Rzv, welke indicatie betreft verzekerden van 18 jaar of ouder die behandeld (gaan) worden met een immunosuppressieve biological of Janus Kinase (JAK)-remmer, pas vanaf 1 januari 2025 van kracht en heeft verzoekster het vaccin Shingrix® gekregen in mei 2024. De stelling van verzoekster dat deze voorwaarde met terugwerkende kracht kan worden ingezet, wordt, daargelaten of verzoekster aan deze indicatie voldoet, door de commissie niet gevolgd. Bij de beoordeling van een verzoek is de commissie namelijk gebonden aan de ten tijde van de aanvraag geldende wet- en regelgeving en de van toepassing zijnde voorwaarden van de zorgverzekering. In het onderhavige geval moet daarom worden uitgegaan van de voorwaarden die in het jaar 2024 golden voor de aanspraak op het geneesmiddel Shingrix®. Dat het Zorginstituut in het voorlopig advies, zoals nader toegelicht, niet de in 2024 maar de vanaf 1 januari 2025 geldende voorwaarden noemde, kan verwarrend zijn geweest voor verzoekster, maar maakt dit niet anders. Gelet hierop kan hetgeen verzoekster verder in dit verband heeft aangevoerd, met name ten aanzien van het door de vermelding gewekte vertrouwen, onbehandeld blijven.
- 7.5. Verzoekster heeft verder gesteld dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van dit geneesmiddel, omdat zij een uiterst zeldzame en ernstige auto-immuunziekte heeft waaraan risico's zijn verbonden die vergelijkbaar zijn met, of zelfs ernstiger zijn dan, de risico's die de patiënten, genoemd in artikel 131 van Bijlage 2 van de Rzv, in het bijzonder de patiënten genoemd in onderdeel d, lopen. Zij doet tevens een beroep op het gelijkheidsbeginsel en heeft aangevoerd dat met de vergoeding van het vaccin Shingrix® toekomstige zorgkosten kunnen worden bespaard. Hoezeer de commissie ook begrip heeft voor de situatie van verzoekster, de commissie kan haar hierin niet volgen. Het feit dat zij bekend is met een ziekte met volgens haar ernstigere of vergelijkbare risico's, maakt niet dat van de dwingendrechtelijk voorgeschreven voorwaarden kan worden afgeweken. In het zogenoemde Bosentan-arrest (ECLI:NL:HR:2014:3679) heeft de Hoge Raad in dit verband een aantal criteria benoemd op basis waarvan in uitzonderlijke omstandigheden afwijking aan de orde kan zijn. Hieraan is niet voldaan. Bij ontbreken van een aanwijzing voor het tegendeel heeft te gelden dat de wetgever een afweging heeft gemaakt, waarbij hij heeft besloten het geneesmiddel uitsluitend beschikbaar te stellen voor de genoemde, specifieke groepen van patiënten. De positie van andere groepen van patiënten, die ook lijden aan een ernstige aandoening en mogelijk zouden zijn geholpen met het geneesmiddel, is daarmee per definitie een andere en om die reden niet gelijkwaardig. Het beroep op het gelijkheidsbeginsel slaagt niet, aangezien geen sprake is van gelijke gevallen. Verder geldt dat de zorgverzekering niet voorziet in de mogelijkheid van substitutie, namelijk de vergoeding van niet-verzekerde zorg op basis van de bespaarde kosten van wél verzekerde zorg.

De commissie ziet daarom in de stelling van verzoekster geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt deze over. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van het vaccin Shingrix® vanuit de farmaceutische zorg ten laste van de zorgverzekering.

- 7.6. De ziektekostenverzekeraar heeft opgemerkt dat de kosten eventueel hadden kunnen worden vergoed als medisch specialistische zorg vanuit de DBC-zorgproductcode van de behandelend reumatoloog. De commissie overweegt dat dit niet is gebeurd en het vaccin Shingrix® als extramuraal geneesmiddel door de apotheek is geleverd. Hetgeen partijen hierover hebben aangevoerd, neemt de commissie daarom voor kennisgeving aan.
- 7.7. Verzoekster heeft voorts gesteld dat de ziektekostenverzekeraar de vrijheid heeft om in individuele gevallen van de bestaande regelgeving af te wijken. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden. De commissie interpreteert de stelling van verzoekster aldus dat zij hiermee een beroep doet op coulance. De ziektekostenverzekeraar heeft meegedeeld geen mogelijkheid te zien het geneesmiddel op grond van coulance aan verzoekster te vergoeden. De commissie begrijpt dat dit voor verzoekster teleurstellend is, maar merkt op dat het coulancebeleid aan de ziektekostenverzekeraar is. Het toepassen van coulance betreft een handelen uit welwillendheid. In deze beslissing kan de commissie niet treden. De commissie kan slechts een vergoeding toekennen als de ziektekostenverzekeraar gelijke gevallen zonder goede reden ongelijk behandelt. Door verzoekster is niet aannemelijk gemaakt dat de ziektekostenverzekeraar in een ander, identiek geval het door een apotheek afgeleverde vaccin Shingrix® bij dezelfde indicatie wel uit coulance heeft vergoed.

*Slotsom*

- 7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## **8. Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 mei 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

---

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

#### 131. Recombinant herpes zoster vaccin met adjuvans

Voorwaarde:

uitsluitend voor een verzekerde van achttien jaar of ouder

- a. die onlangs een stamceltransplantatie (allogeen of autoloog) ondergaan heeft, of bij wie een stamceltransplantatie gepland staat,
- b. met een solide tumor of hematologische kanker, die behandeld wordt met een immuunsuppressieve behandeling, bij wie vaccinatie vóór, tijdens of na de behandeling toegediend kan worden,
- c. die onlangs een orgaantransplantatie ondergaan heeft, of bij wie een orgaantransplantatie gepland staat, of
- d. die geïnfecteerd is met het Humaan Immunodeficiëntie Virus (HIV).

---

## 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 blijkt bijlage 1 en 3 bij deze regeling geen besluit over de aanwijzing, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering, is genomen;
  - b. een in bijlage 3, onderdeel A, bij deze regeling genoemd niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet, mits aan daarbij vermelde criteria wordt voldaan.

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

## Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

## Artikel 2 De grondslag van uw zorgverzekering

### LID 1 DE BASIS

Deze zorgverzekering is gebaseerd op:

- a. de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- b. het Besluit zorgverzekering;
- c. de Regeling zorgverzekering;
- d. de Wet langdurige zorg (Wlz);
- e. de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
- f. het aanvraagformulier dat u heeft ingevuld.

Wij leggen de zorgverzekering vast in de polis en stellen deze polis jaarlijks aan u ter beschikking. Op het polisblad staat wie de verzekeringnemer en eventuele verzekerde(n) zijn.

### LID 2 INTERPRETATIEVERSCHILLEN

Hoewel wij de polisvoorwaarden zo volledig en nauwkeurig mogelijk hebben geformuleerd, kunnen meningsverschillen ontstaan over de uitleg. In die situaties is de tekst van de relevante geldende wet- en regelgeving doorslaggevend.

### LID 3 DE VERZEKERINGSPAS

Bij inschrijving ontvangen alle verzekerden die op het polisblad zijn genoemd, een eigen verzekeringspas. Op vertoon van deze pas kunt u terecht bij zorgaanbieders die zorg verlenen waar u volgens de polisvoorwaarden aanspraak op maakt. Op de achterzijde van de pas vindt u de EHIC (zie ook de Inleiding).

### LID 4 AARD VAN UW ZORGVERZEKERING

Uw zorgverzekering is een combinatieverzekering. Dit betekent dat u recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg (zie verder onder “Hoogte van de vergoeding”) en volledig vrij bent in de keuze van zorgaanbieder. Wel contracteren wij zoveel mogelijk zorgaanbieders om afspraken te maken over de te leveren kwaliteit en de prijs voor de behandeling. Op die manier dragen wij bij aan de betaalbaarheid en daarmee de toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg. In onze polisvoorwaarden maken wij ten aanzien van onze vergoedingen daarom een onderscheid tussen zorg die wordt verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder en zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u naar een zorgaanbieder gaat met wie wij een overeenkomst hebben voor die behandeling, betalen wij onze vergoeding rechtstreeks uit aan de zorgaanbieder en ontvangt u geen nota. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat dan dient u zelf de nota aan uw zorgaanbieder te voldoen en betalen wij vervolgens - nadat u de nota bij ons heeft ingediend - aan u de door ons vastgestelde vergoeding uit. Als een niet-gecontracteerde zorgaanbieder een tarief in rekening brengt dat hoger is dan de door ons vastgestelde vergoeding, dan krijgt u dus niet het volledige bedrag vergoed. Voor al onze vergoedingen verwijzen wij u naar onze website.

Zie de [Zorgzoeker](#) op onze website om zorgverleners te zoeken met wie wij afspraken hebben gemaakt. Eventuele eigen bijdragen kunnen niet bij ons worden gedeclareerd.

## **LID 5      INHOUD EN OMVANG VAN ZORG**

In deze polisvoorwaarden is omschreven voor welke zorg u recht heeft op vergoeding. De inhoud en omvang van deze zorg wordt 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. Dit betekent dat wij alleen zorg vergoeden als door middel van wetenschappelijk onderzoek en praktijkervaring is aangetoond dat de zorg effectief en veilig is. Daarbij geldt dat de zorg ook moet voldoen aan behandel- en kwaliteitsvoorwaarden die de betrokken beroepsgroep heeft vastgelegd in kwaliteitsdocumenten zoals (maar niet uitsluitend): protocollen, werkwijzers, waarborgendocumenten, beroepskaders en kwaliteitskaders.

U heeft recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Dit wordt mede bepaald op basis van doelmatigheid en doeltreffendheid. Daarnaast mag de zorg of dienst niet onnodig kostbaar en/of onnodig gecompliceerd zijn.

Onder de zorg en diensten vallen ook de zorg en diensten die door de wetgever voorwaardelijk zijn toegelaten tot het verzekerde pakket. Welke zorg en diensten voorwaardelijk zijn toegelaten tot het verzekerde pakket is nader omschreven in artikel 19 van deze polisvoorwaarden.

## **Artikel 3      Werkgebied**

De zorgverzekering wordt overeengekomen met of voor verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland en met of voor verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen. In de Zorgverzekeringswet is nader omschreven wie verzekeringsplichtig is.

## **Artikel 4      Begin van de zorgverzekering**

### **LID 1      DATUM VAN INGANG VAN DE VERZEKERING**

Als u bij ons uw zorgverzekering afsluit, doet u dat voor de periode van één jaar (van 1 januari tot en met 31 december). Voordat de zorgverzekering voor de eerste keer ingaat moeten wij een volledig ingevuld verzoek voor een zorgverzekering hebben ontvangen. De zorgverzekering waar deze polisvoorwaarden op van toepassing zijn gaat in op 1 januari 2024.

### **LID 2      ALTERNATIEVE INGANGSDATUM**

Als u op het moment van aanvragen nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u heeft in uw verzoek aangegeven dat u de zorgverzekering op een latere datum wilt laten ingaan, dan gaat de zorgverzekering op die latere datum in.

### **LID 3      VERZEKERD MET TERUGWERKENDE KRACHT**

Er zijn twee situaties waarin wij u met terugwerkende kracht kunnen inschrijven:

- a. als u de zorgverzekering binnen vier maanden nadat een verzekeringsplicht voor het eerst ontstaat bij ons aanvraagt. Als ingangsdatum geldt dan de dag waarop de verzekeringsplicht ontstaat.
- b. als u de zorgverzekering bij ons aanvraagt binnen een maand nadat uw zorgverzekering bij een andere verzekeraar is beëindigd. Uw zorgverzekering gaat dan bij ons in op de eerste dag nadat uw oude zorgverzekering is geëindigd.

## Artikel 23 Medisch-specialistische revalidatie

### LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Vergoed wordt interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. Wij vergoeden revalidatie in de volgende vormen:

- a. revalidatie met verblijf;
- b. revalidatie zonder verblijf (deeltijd- of dagbehandeling).

### LID 2 VOORWAARDEN

#### *Algemeen*

Wij vergoeden de kosten van revalidatie alleen wanneer:

- a. deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen om een handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen. Het gaat om een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, verstandelijk vermogen of gedrag; en
- b. u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven de beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is; en
- c. de zorg plaatsvindt in een instelling voor revalidatie.

#### *Machtiging*

Voor een behandeling in een niet door ons gecontracteerde instelling voor revalidatie moet u vooraf van ons een machtiging hebben ontvangen. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

#### *Verwijzing*

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

#### *Zorgaanbieder*

De zorg wordt uitgevoerd door een team van verschillende soorten zorgaanbieders (multidisciplinair team) onder leiding van een revalidatiearts die tenminste driemaal individueel contact heeft met de patiënt in de verschillende fasen van het zorgtraject, waarbij zowel de revalidatiearts als de patiënt zich fysiek in dezelfde ruimte bevinden.

### LID 3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

#### *Wettelijke maximumtarieven*

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

#### *Vrije tarieven*

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

#### LID 4.3.2 VOORWAARDEN

##### *Machtiging*

De meest gebruikelijke kaakchirurgische behandelingen worden door ons vergoed, maar voor onderstaande behandelingen moet eerst toestemming worden gevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven:

- a. tandheelkundige behandelingen onder narcose;
- b. een kaakoperatie(osteotomie, excisie torus en/of correcties kaakbot);
- c. omslagplooiverdieping of kaakopbouw, sinuslifting en/of kaakverhoging;
- d. het verwijderen van irritatie hyperplasien, flabby ridges, bindweefseltransplantaten, verwijderen exostosen en/of correctie edentate delen;
- e. het verwijderen van een eerder geplaatst implantaat;
- f. een autotransplantaat.

Wanneer het bij een behandeltraject nodig is om meerdere behandelaars in te zetten, wordt voor elk afzonderlijk onderdeel een onderbouwing gegeven door de verantwoordelijke behandelaar. De hoofdbehandelaar/eindverantwoordelijke dient met die onderbouwingen en een zorgplan een aanvraag voor toestemming in. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

##### *Verwijzing*

Voor behandeling bij de kaakchirurg heeft u een verwijzing van een tandarts, huisarts of orthodontist nodig.

##### *Zorgaanbieder*

De zorg moet worden verleend door een kaakchirurg.

#### LID 4.3.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

##### *Wettelijke maximumtarieven*

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

## Artikel 34 Farmacie

#### LID 1 INLEIDING

Wij onderscheiden:

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

Geneesmiddelen zijn onderverdeeld in:

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

## **LID 2            ALGEMENE INFORMATIE**

### **LID 2.1        REGLEMENT FARMACIE**

Wij hanteren voor de nadere voorwaarden met betrekking tot farmaceutische zorg en geneesmiddelen een Reglement Farmacie. Het Reglement maakt deel uit van deze polisvoorwaarden. Meer informatie vindt u op onze website.

### **LID 2.2        GENEESMIDDELEN VERGOEDINGENSYSTEEM (GVS)**

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

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

### **LID 2.3        EIGEN BIJDRAGE**

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

#### *a. Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen*

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

#### *b. Niet onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen*

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

### **LID 2.4        EXTRA VOORWAARDEN**

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

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

**LID 2.5      MERKGENEESMIDDELEN**

Er zijn diverse merken en varianten beschikbaar van onderling uitwisselbare geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, dezelfde sterkte en dezelfde toedieningsvorm of vergelijkbare toedieningsvorm (cluster). Of een geneesmiddel binnen een bepaald cluster voor vergoeding in aanmerking komt, hangt af van de vraag of het door ons is aangewezen. Binnen een aantal clusters hebben wij één of meerdere geneesmiddelen aangewezen die wij vergoeden; in andere clusters zijn alle geneesmiddelen aangewezen.

Deze keuze hebben wij zodanig gemaakt dat van de desbetreffende werkzame stoffen ten minste één geneesmiddel beschikbaar is. Op onze website kunt u teruglezen welke geneesmiddelen wij hebben aangewezen.

Als wij één of meerdere geneesmiddelen in een cluster hebben aangewezen, komen alleen die geneesmiddelen voor vergoeding in aanmerking tot aan het wettelijk maximumtarief; de andere geneesmiddelen binnen dat cluster komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Als wij alle geneesmiddelen in een cluster hebben aangewezen, zal uw apotheker bij de aflevering van een geneesmiddel aan u een doelmatige keuze maken. Als u, zonder dat daar een aantoonbare medische noodzaak voor bestaat, er zelf voor kiest om toch een ander geneesmiddel te ontvangen, moet u zelf de kosten van dit geneesmiddel aan de apotheek betalen. U kunt vervolgens een verzoek om vergoeding bij ons indienen.

**LID 3            FARMACEUTISCHE ZORG**

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

**LID 3.1        TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden de terhandstelling van geneesmiddelen zoals beschreven in lid 4 tot en met 8 van dit artikel. Zie daartoe ook artikel 4 van het Reglement Farmacie.

**LID 3.2        ZORG VAN APOTHEKER OF APOTHEEKHOUDEND HUISARTS ZONDER OVEREENKOMST**

*Vrije tarieven*

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

**LID 4            ALGEMENE VOORWAARDEN GENEESMIDDELEN**

*Voorschrift*

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

*Zorgaanbieder*

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

**LID 4.1      ZORG VAN APOTHEKER OF APOTHEEKHOUDEND HUISARTS ZONDER OVEREENKOMST**

*Vrije tarieven*

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

**LID 5      GEREgistREERDE GENEESMIDDELEN BEHALVE ZELFZORGGENEESMIDDELEN**

**LID 5.1      TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN**

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

**LID 5.2      VOORWAARDEN**

*Algemeen*

Het gaat om geregistreeerde geneesmiddelen in het GVS.

*Machtiging*

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

**LID 5.3      UITSLUITINGEN**

Niet vergoed worden:

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

**LID 6      ZELFZORGGENEESMIDDELEN**

**LID 6.1      TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN**

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

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

**LID 6.2 VOORWAARDEN***Algemeen*

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

*Machtiging*

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

**LID 6.3 UITSLUITINGEN**

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

**LID 7 GENEESMIDDELEN DIE DE APOTHEEK ZELF MAAKT****LID 7.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

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

**LID 7.2 VOORWAARDEN***Algemeen*

Het gaat om rationele farmacotherapie. In het reglement Farmacie vindt u een nadere uitleg over wat rationele farmacotherapie is.

*Machtiging*

Voor sommige vormen van rationele farmacotherapie is een machtiging nodig. Zie daartoe het Reglement Farmacie. Zie voor meer informatie over machtigingen ook artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

**LID 7.3 UITSLUITINGEN**

Niet vergoed worden geneesmiddelen die uitwisselbaar zijn met een geregistreerd geneesmiddel waar u geen vergoeding voor zou krijgen, zie lid 2.2 van dit artikel. Deze uitsluiting geldt niet als het uitwisselbare geregistreerde geneesmiddel nog in de aanvraag- en besluitvormingsprocedure zit voor opname in het GVS. Ook kan de minister in de Regeling zorgverzekering apotheekbereidingen opnemen die vergoed worden, als besloten is dat het uitwisselbare geregistreerde geneesmiddel niet opgenomen wordt in het GVS in verband met een ongunstige kosteneffectiviteit en te hoge budgetimpact. Als het geneesmiddel niet in het GVS is opgenomen op basis van een niet aangetoonde effectiviteit of omdat het niet noodzakelijk is het middel ten laste te brengen van het collectief, kan de vergelijkbare apotheekbereiding ook niet voor vergoeding in aanmerking komen.

**LID 8 NIET (IN NEDERLAND) GEREgistREERDE GENEESMIDDELEN**

**LID 8.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden:

- a. geneesmiddelen die niet in Nederland beschikbaar zijn, maar wel in een ander land en die op verzoek van een arts binnen Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt (van die arts) én die een ziekte heeft, die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- b. geneesmiddelen die in de handel worden gebracht naar aanleiding van een bestelling bij de apotheek op initiatief van een arts, die volgens zijn specificaties in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1 lid 1 onder mm van de Geneesmiddelenwet en die bestemd zijn voor gebruik door individuele patiënten van die arts onder zijn toezicht;
- c. geneesmiddelen die niet in Nederland geregistreerd zijn, maar dienen ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning.

**LID 8.2 VOORWAARDEN**

*Algemeen*

Het gaat om rationele farmacotherapie. In het Reglement Farmacie vindt u een nadere uitleg over wat rationele farmacotherapie is.

**LID 9 DIEETPREPARATEN**

**LID 9.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

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

**LID 9.2 VOORWAARDEN**

*Algemeen*

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

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

De huisarts schrijft het recept uit met daarop het af te leveren middel (zo generiek mogelijk), gebruik (de dagdosis), de hoeveelheid (waaruit de geschatte behandelduur blijkt) en de indicatiecode. Overige voorschrijvers schrijven een recept uit en vullen de landelijk overeengekomen 'Verklaring POLYMERE, OLIGO-MERE OF MODULAIRE DIEETPREPARATEN' in.