



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen IZZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Farmaceutische zorg, Hylo-parin® oogdruppels
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.8 en 2.9 Bzv, 2.5, 2.6 en Bijlage 1 en 2 Rzv
Zaaknummer : 201702216
Zittingsdatum : 4 april 2018 en 6 maart 2019

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

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

IZZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij brief van 11 december 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar Hylo-parin® oogdruppels moet vergoeden op grond van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 februari 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 februari 2018 aan verzoeker gezonden.

2.3. Bij brief van 5 februari 2018 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2018006493) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht en geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. Een afschrift hiervan is op 19 maart 2018 aan partijen gestuurd.

2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 april 2018 gehoord.

2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 5 april 2018 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Tevens heeft de commissie het Zorginstituut verzocht in te gaan op de stelling van verzoeker dat Hylo-parin® oogdruppels dienen te worden aangemerkt als een hulpmiddel als bedoeld in artikel 2.13 Rzv. Bij brief van 20 november 2018 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

2.6. Een afschrift van dit advies is op 22 november 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 13 december 2018 respectievelijk 14 december 2018 op het definitief advies gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn aan de wederpartij gezonden. Omdat de ziektekostenverzekeraar in zijn reactie van 14 december 2018 vergoeding van de Hylo-parin® heeft toegezegd, heeft de commissie verzoeker gevraagd of het geschil met de door de ziektekostenverzekeraar toegezegde vergoeding is opgelost. Bij brief van 14 januari 2019 heeft verzoeker de commissie medegedeeld dat het geschil wat hem betreft niet is opgelost en dat hij een uitspraak van de commissie wenst. Een afschrift van zijn reactie is ter kennisname aan de wederpartij gestuurd.

2.7. Naar aanleiding van een wijziging in de samenstelling van de commissie zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich nogmaals te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 maart 2019 voor de tweede keer gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was ten tijde van de onderhavige kwestie bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de IZZ Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZZ Zorg voor de Zorg en Extra 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker lijdt aan het syndroom van Sjögren. Als gevolg van dit syndroom heeft hij veel last van droge ogen waarvoor hij al diverse oogdruppels, waaronder Hylan® en Vidisic®, heeft gebruikt. Het gaat hierbij om oogdruppels die vallen onder de aanspraak op farmaceutische zorg en die ten laste van de zorgverzekering zijn vergoed. Omdat deze oogdruppels volgens verzoeker niet goed werkten is hij overgestapt naar Hylo-parin® oogdruppels.
- 3.3. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op Hylo-parin® oogdruppels. Bij uitkeringsbericht van 4 december 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld de betreffende oogdruppels niet te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 11 december 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.5. Bij voorlopig advies van 5 februari 2018 heeft het Zorginstituut verklaard dat Hylo-parin® oogdruppels zijn aan te merken als een zelfzorgmiddel dat niet is geregistreerd als geneesmiddel. Voorts heeft het Zorginstituut uitgelegd dat kunsttranen op grond van een Europese richtlijn over hulpmiddelen worden beschouwd als geneesmiddel en daarmee niet onder de hulpmiddelenzorg vallen.
- 3.6. In het definitief advies van 20 november 2018 heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd het verzoek toe te wijzen op de grond dat oogdruppels met hyaluronzuur ter bevochtiging van de ogen, zoals Hylo-parin®, een verzekerde prestatie zijn als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onder a, Rzv. Verzoeker heeft een indicatie voor bevochtende oogdruppels/kunsttranen ten laste van de zorgverzekering. Omdat hij reeds verschillende oogdruppels heeft geprobeerd, waarbij de producten met hyaluronzuur het meest effectief zijn gebleken, komt verzoeker in aanmerking voor vergoeding van Hylo-parin® oogdruppels.
4. Bevoegdheid van de commissie
 - 4.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
5. Geschil
 - 5.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar Hylo-parin® oogdruppels moet vergoeden op grond van de zorgverzekering.
6. Verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving
 - 6.1. Artikel 34 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat. De aanspraak op hulpmiddelenzorg is opgenomen in artikel 36 van de zorgverzekering en verder uitgewerkt in het 'Reglement Hulpmiddelen 2017'. Artikel 10 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) ziet op het te verzekeren risico en artikel 11 Zvw op de te verzekeren prestaties. Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) en verder uitgewerkt in artikel 2.5 en Bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering (Rzv). Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.6 e.v. Rzv.

Artikel 2.1, tweede lid, Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wetgeving staan in de bijlage bij dit bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. Aan de orde is de vergoeding van Hylo-parin® oogdruppels. Tijdens de hoorzitting van 6 maart 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding van deze oogdruppels toegezegd. Hetgeen partijen nog verdeeld houdt, is onder welke voorwaarden en met ingang van welke datum de ziektekostenverzekeraar gehouden is deze oogdruppels te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 7.2. Hierbij moet eerst de vraag worden beantwoord of Hylo-parin® oogdruppels zijn aan te merken als een farmaceutisch product en als zodanig moeten worden vergoed. Hyaluronzuur wordt in de NHG-standaard niet als zodanig genoemd. Ook in het Farmacotherapeutisch Kompas wordt het niet vermeld, alleen als combinatiepreparaat hyaluronzuur/carbomeer. Hylo-parin® oogdruppels zijn niet opgenomen in het GVS en behoren evenmin tot de niet onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen of de niet-geregistreerde geneesmiddelen die onder de dekking van de zorgverzekering vallen. Voornoemde vraag moet daarom ontkennend worden beantwoord.
- 7.3. Gelet op de door partijen in de loop van de procedure ingenomen standpunten moet vervolgens worden nagegaan of Hylo-parin® oogdruppels moeten worden beschouwd als een (medisch) hulpmiddel. Hierbij zijn de volgende vragen relevant: (i) of het product voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk en (ii) of sprake is van een hulpmiddel “ter correctie van stoornissen in de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren” (art. 2.13 Rzv). In het definitief advies van 20 november 2018 beantwoordt het Zorginstituut beide vragen bevestigend, althans voor zover het gebruik van het product medisch noodzakelijk is, zoals in de situatie van verzoeker. De commissie neemt die conclusie over.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat sprake is van een verzekerde prestatie. Verzoeker heeft een indicatie voor de oogdruppels en hij heeft aanspraak op vergoeding. Rest de vraag met ingang van welke datum.
De commissie oordeelt dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van Hylo-parin® oogdruppels dient te vergoeden vanaf 13 november 2017. Dit is de datum van indiening van de eerste declaraties, tot en met de datum van het uitbrengen van het bindend advies.
Voor zover verzoeker voor de toekomst vergoeding van de kosten van Hylo-parin® oogdruppels vordert, wijst de commissie dit af. De commissie oordeelt namelijk alleen of aanspraak bestond en bestaat op basis van de geldende wet- en regelgeving alsmede de verzekeringsvoorwaarden. Door verandering van wet- en regelgeving kan de aanspraak op Hylo-parin® oogdruppels wijzigen. Als tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar in de toekomst nieuwe geschillen over de vergoeding van Hylo-parin® oogdruppels ontstaan, zal verzoeker eerst de ziektekostenverzekeraar om heroverweging moeten vragen, waarna hij de zaak kan voorleggen aan de commissie. De commissie zal het geschil dan beoordelen aan de hand van de wet- en regelgeving en de verzekeringsvoorwaarden van dat moment.



8. Bindend advies



8.1. De commissie beslist dat:

- 1) de Hylo-parin® oogdruppels een verzekerde prestatie zijn op grond van de zorgverzekering en dat verzoeker hiervoor een (verzekerings)indicatie heeft;
- 2) de ziektekostenverzekeraar de kosten van Hylo-parin® oogdruppels dient te vergoeden vanaf 13 november 2017, zijnde de datum van indiening van de eerste declaraties, tot en met de datum van het uitbrengen van het bindend advies;
- 3) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden;
- 4) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.



Zeist, 22 mei 2019,



G.R.J. de Groot



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.

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 het Interimbesluit forensische zorg.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
 - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
 - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
 - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet, of
 - 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 op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, 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;
 - c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
2. Farmaceutische zorg omvat geen:
 - a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
 - b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
 - c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
 - e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, 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 vergoedinglimiet 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 vergoedinglimiet kan worden herberekend of buiten werking kan worden gesteld.

Artikel 2.9

1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:
 - a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
 - b. vergoeding van bij die regeling aangewezen kosten in verband met thuisdialyse.
2. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

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.

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

(...)

- f. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie als omschreven in artikel 2.13;

(...)

Artikel 2.13

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel f, omvatten:
 - a. hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren;
 - b. hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen;
 - 1°. in het lezen, schrijven of gebruik van telecommunicatieapparatuur;
 - 2°. bij het om obstakels heenlopen of bij de oriëntatie.

Toestemming

1. U hebt vooraf onze toestemming nodig voor een conventionele (normale) gebitsprothese:
 - a. als de totale kosten (inclusief techniekkosten) hoger zijn dan:
 - € 675 voor een boven- of onderkaak;
 - € 1.350 voor een boven- en onderkaak samen;
 - b. als u uw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen;
2. U hebt vooraf onze toestemming nodig voor:
 - a. een gebitsprothese op implantaten;
 - b. het rebasen (opvullen) of repareren van een gebitsprothese op implantaten;
 - c. een steg of drukknopen (mesostructuur).

De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

FARMACEUTISCHE ZORG

Artikel 34. Geneesmiddelen

Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

Deze zorg omvat ook:

- terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel;
- terhandstelling en begeleidingsgesprek van een voor u nieuw receptplichtig geneesmiddel;
- instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel;
- medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik.

Geregistreerde geneesmiddelen

Met uitzondering van de werkzame stoffen waarvoor wij voorkeursgeneesmiddelen hebben aangewezen, hebt u recht op vergoeding van de kosten van levering van de door de minister van VWS aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. U vindt de door de minister aangewezen geneesmiddelen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van deze geneesmiddelen als u aan deze voorwaarden voldoet. U vindt deze geneesmiddelen en de voorwaarden in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

Voorkeursgeneesmiddelen (preferente geneesmiddelen)

Wij kunnen geneesmiddelen uit bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering aanwijzen als voorkeursgeneesmiddelen. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Als wij voor bepaalde werkzame stoffen met specifieke toedieningsweg bepaalde geneesmiddelen hebben aangewezen en andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en specifieke toedieningsweg niet, hebt u aanspraak op vergoeding van de kosten van de door ons aangewezen geneesmiddelen. Maakt u geen gebruik van voorkeursgeneesmiddelen, dan vergoeden wij deze in principe niet. Alleen als uw arts aangeeft dat behandeling met het voorkeursmiddel voor u medisch niet verantwoord is, hebt u recht op vergoeding van de kosten van een ander geneesmiddel.

Wij kunnen de lijst met aangewezen geneesmiddelen op ieder moment wijzigen. U ontvangt hierover van ons informatie. U vindt de lijst met aangewezen geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg op onze website.

Voorkeursbeleid geneesmiddelen (preferentiebeleid)

Preferentie betekent letterlijk voorkeur. Bij geneesmiddelen wil dat zeggen dat er voorkeur is voor lager geprijsde geneesmiddelen. Wij kunnen binnen een groep van gelijke geneesmiddelen (met dezelfde werkzame stof) een voorkeursgeneesmiddel aanwijzen. U vindt deze aangewezen voorkeursmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Het verplicht en vrijwillig eigen risico gelden niet voor deze voorkeursgeneesmiddelen. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, de begeleiding bij nieuwe medicatie of een inhalatie instructie, niet zijn vrijgesteld van het eigen risico.

Zelfzorgmiddelen

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zelfzorgmiddelen als u deze geneesmiddelen langer dan 6 maanden moet gebruiken. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van laxeremiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen om de maag te legen en middelen tegen droge ogen, die zijn opgenomen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De eerste 15 dagen komen de kosten van het geneesmiddel voor uw rekening.

Niet-geregistreerde geneesmiddelen

U hebt recht op vergoeding van de kosten van niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor de zorgverzekering.

U hebt recht op vergoeding van de kosten van de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

- apotheekbereidingen;
- geneesmiddelen die uw arts speciaal voor u bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van uw behandelend arts zijn ingevoerd. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van deze geneesmiddelen als u een zeldzame aandoening hebt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:

- farmaceutische zorg voor een geneesmiddel dat geen verzekerde zorg is;
- voorlichting farmaceutische zelfmanagement voor patiëntengroep;
- advies farmaceutische zelfzorg;
- advies gebruik receptplichtige geneesmiddelen tijdens reis;
- advies ziekterisico bij reizen;
- farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
- preventieve reisgeneesmiddelen en reisivaccinaties;
- geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet door de minister van VWS is aangewezen;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet.

Eigen bijdrage

U bent voor sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.

Eigen bijdrage geneesmiddelen

De minister van VWS bepaalt welke geneesmiddelen worden vergoed volgens de Zorgverzekeringswet en voor welke geneesmiddelen u een eigen bijdrage moet betalen. Als u moet bijbetalen voor een medicijn, dan telt deze eigen bijdrage niet mee voor uw eigen risicobedrag. Kijk voor meer informatie op onze website. U kunt voor informatie ook terecht bij uw apotheker.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Gebruikt u de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg? Dan geldt het eigen risico niet. Het eigen risico geldt ook niet voor de door ons geselecteerde zorgaanbieders voor de proeftuin Blauwe Zorg in de regio Maastricht en Heuveland, voor zover zij de door ons geselecteerde voorkeurslongmedicatie leveren. U vindt de geselecteerde zorgaanbieders en voorkeurslongmedicatie in het Reglement farmaceutische zorg bijlage D en E. U kunt ook kiezen voor andere longmedicatie, die niet als voorkeurslongmedicatie is geselecteerd. In dat geval geldt het verplicht en vrijwillig eigen risico wel.

Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie wel onder het eigen risico vallen. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Wie mag de zorg verlenen

Apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Recept (voorschrift)

Huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. Deze voorwaarden zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal van de geneesmiddelen op bijlage 2 hebt u vooraf onze toestemming nodig. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Wij kunnen de lijst met deze geneesmiddelen tussentijds aanpassen. U ontvangt hierover informatie. Voor het aanvragen van toestemming kan uw arts een artsenverklaring van www.znformulieren.nl downloaden en invullen.

Gaat u naar een apotheker of apotheehoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan het door uw arts ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren. Uw apotheker beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw apothek wilt inleveren, dan kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen.

Gaat u naar een apotheker of apotheehoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan vooraf toestemming vragen door de artsenverklaring rechtstreeks bij ons in te dienen. Kijk voor het adres voor in de voorwaarden of op onze website.

Bijzonderheden

1. Add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren die zijn opgenomen in de G-standaard van de firma Z-Index worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.
2. Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname, dagbehandeling of polikliniekbezoek en farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.

Anticonceptiemiddelen

Bent u jonger dan 21 jaar? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium. Voor sommige middelen is een eigen bijdrage van toepassing.

Bent u 21 jaar of ouder? U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van anticonceptiemiddelen als u deze middelen gebruikt voor de behandeling van endometriose of menorrhagie (als er sprake is van bloedarmoede). Als u geen recht hebt op deze vergoeding, dan krijgt u de kosten van het anticonceptiemiddel mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

Ongeacht uw leeftijd, hebt u recht op vergoeding van de kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje of implanonstaafje door een huisarts of een medisch specialist. Voor het plaatsen of verwijderen van een spiraaltje mag u ook naar een daartoe gecertificeerde verloskundige.

Artikel 35. Dieetpreparaten

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van deze dieetpreparaten als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- a. lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
- b. lijdt aan een voedselallergie;
- c. lijdt aan een resorptiestoornis;
- d. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of;
- e. daarop bent aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Voorkeursdrinkvoeding (voorkeursproducten)

Wij kunnen voor enkele groepen drinkvoeding waarop u recht hebt op basis van dit artikel, voorkeursproducten selecteren. Er is dan voorkeur voor lager geprijsde drinkvoeding (van een bepaalde fabrikant en/of een bepaald merk).

U vindt de lijst met de door ons geselecteerde drinkvoeding in het Reglement farmaceutische zorg op onze website. Wij kunnen de lijst met geselecteerde drinkvoedingen (voorkeursproducten) op ieder moment wijzigen. U ontvangt hierover van ons informatie.

Uw voordeel

Gebruikt u de door ons geselecteerde voorkeursdrinkvoeding? Dan hebt u een voordeel. Het verplicht en vrijwillig eigen risico gelden dan namelijk niet. U kunt ook kiezen voor andere drinkvoeding, die niet als voorkeursdrinkvoeding is geselecteerd. In dat geval geldt het verplicht en vrijwillig eigen risico wel.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Wie mag de dieetpreparaten leveren

Apotheker, apotheekhoudend huisarts of een door ons aangewezen zorgaanbieder Voor sondevoeding kunt u alleen terecht bij een medisch speciaalzaak ook wel een facilitair bedrijf genoemd.

Let op

Koopt u een dieetpreparaat in de algemene verkoop, zoals de supermarkt of drogist? Dan krijgt u geen vergoeding.

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming, kan uw behandelend arts of diëtist een Verklaring dieetpreparaten van onze website downloaden en invullen.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan de door uw arts of diëtist ingevulde Verklaring dieetpreparaten inleveren. Uw zorgaanbieder beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw zorgaanbieder wilt inleveren, dan kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan voorafgaande toestemming vragen door de Verklaring dieetpreparaten rechtstreeks naar ons te (laten) sturen. Kijk voor het adres voor in de voorwaarden of op onze website.

Dieetproducten (geen vergoeding)

Een dieetproduct is een voedingsmiddel met een andere samenstelling. Voorbeelden zijn glutenvrije of zoutarme producten. Deze producten vergoeden wij niet.

HULPMIDDELENZORG

Artikel 36. Hulpmiddelen en verbandmiddelen

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. U vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen op onze website. Bepaalde groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement hulpmiddelen kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.

De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvangt u in eigendom. Krijgt u het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van u. In uitzondering op de vergoeding van de kosten (restitutie), verstrekken wij in bepaalde gevallen hulpmiddelen in bruikleen. Bruikleen betekent dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons of de zorgaanbieder een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

In het Reglement hulpmiddelen vindt u de volgende informatie:

- of u recht hebt op vergoeding van de kosten van het hulpmiddel in eigendom of dat u het hulpmiddel in bruikleen krijgt;
- de kwaliteitseisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen;
- of u een verwijzing nodig hebt en zo ja, van wie;
- of u vooraf onze toestemming nodig hebt (voor eerste aanschaf, herhaling of reparatie);

- gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, dan kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- maximum te leveren aantallen/stuks. Deze aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, dan kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- bijzonderheden zoals maximale vergoedingen of wettelijke eigen bijdragen.

U ontvangt de hulpmiddelen gebruiksklaar. Als dat van toepassing is, ontvangt u het hulpmiddel inclusief eerste batterijen, oplaadapparatuur en/of gebruiksinstructie.

Informatie over gecontracteerde zorgaanbieders

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over de kwaliteit, prijs en service. Als u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten, dan kunt u een goed product en uitstekende dienstverlening verwachten. Ook hoeft u zelf geen toestemming aan te vragen of kosten voor te schieten. Wij betalen de kosten namelijk rechtstreeks aan de zorgaanbieder.

Eigen bijdrage/maximale vergoeding

U vindt in het Reglement hulpmiddelen voor welke hulpmiddelen een wettelijke eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt het eigen risico niet. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Wie mag de hulpmiddelen en verbandmiddelen leveren

Een zorgaanbieder voor hulpmiddelen.

In het Reglement hulpmiddelen vindt u of deze zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

IncontinentieZorgService voor vrouwen

Met deze service kunt u, onder begeleiding van een continëntieverpleegkundige, eenvoudig en in korte tijd zelf een belangrijke stap zetten naar een mogelijke oplossing voor ongewild urineverlies. Na het invullen van een diagnostisch expertsysteem dat bestaat uit een digitale vragenlijst, ontvangt u online een medische conclusie met aanbevelingen. De digitale vragenlijst vindt u op: www.incontinentiezorgservice.nl. Vervolgens kunt u gebruikmaken van persoonlijke begeleiding door een continëntieverpleegkundige. De zorg wordt aan huis geleverd.

Bruikleen

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten en het betreft een hulpmiddel in bruikleen? Houdt u er dan rekening mee dat u zeer waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen. U hebt in dat geval recht op vergoeding van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten die wij betaald zouden hebben voor verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen.

Verwijsbrief nodig van

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u een verwijzing nodig hebt. In de verwijsbrief moet de indicatie vermeld staan.

Toestemming

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u vooraf toestemming nodig hebt. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Bijzonderheden

1. U moet het hulpmiddel goed verzorgen. U krijgt binnen de normale gemiddelde gebruikstermijn alleen toestemming voor vervanging van een hulpmiddel als het huidige hulpmiddel niet meer adequaat is. U kunt een verzoek tot vervanging binnen de gebruikstermijn, wijziging of reparatie vooraf gemotiveerd bij ons indienen.
2. U kunt toestemming krijgen voor vergoeding van de kosten van een tweede exemplaar van het hulpmiddel als u daar redelijkerwijs op bent aangewezen.
3. Als u een hulpmiddel in bruikleen hebt ontvangen kan controle plaatsvinden. Als wij van oordeel zijn dat u redelijkerwijs niet (langer) op het hulpmiddel bent aangewezen, kunnen wij het hulpmiddel terugvorderen.