



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : EU-EER, Duitsland, alternatieve geneeswijzen, natuurgeneeskundige therapie, vitamines
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2016-2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5, Bijlage
1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016-2018, art. 20 Vo. nr.
883/2004
Zaaknummer : 201900233
Zittingsdatum : 22 januari 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

1. Partijen

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

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 18 september 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 25 oktober 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 31 oktober 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 5 november 2019 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019053785) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 6 december 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft niet medegedeeld hoe hij gehoord wenst te worden gehoord, waarop de commissie een mondelinge zitting heeft gepland. Partijen zijn op uitgenodigd voor de hoorzitting van 22 januari 2020. Ondanks daartoe deugdelijk te zijn uitgenodigd is verzoeker niet verschenen. Vervolgens heeft de commissie verzoeker gebeld op het in het dossier aanwezige 06-nummer. Tijdens dit contact heeft verzoeker verklaard niet te willen deelnemen aan de hoorzitting. De ziektekostenverzekeraar is op 22 januari 2020 telefonisch gehoord en daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 22 januari 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 28 januari 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2016, 2017 en 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering GemeentePakket Compleet (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker gebruikt al enkele jaren verschillende vitamines. Daarnaast bezoekt hij een natuurgeneeskundig therapeut in Duitsland. Tot en met 2018 heeft verzoeker voor deze kosten een vergoeding gekregen. In september 2018 heeft verzoeker op de website van de ziektekostenverzekeraar gelezen dat deze stopt met het vergoeden van deze zorg. Na het lezen van dit bericht heeft verzoeker telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek is aan verzoeker meegedeeld dat hij de nota's van 2016, 2017 en 2018 kon declareren. Na deze mededeling heeft verzoeker in december 2018 verschillende nota's ter zake van vitamines

en behandelingen door een natuurgeneeskundig therapeut bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.

3.3. Bij e-mailbericht van 23 januari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de kosten niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van homeopathische of antroposofische geneesmiddelen als deze zijn voorgeschreven door een BIG-geregistreeerde arts en zijn geleverd door een apotheker. Omdat daaraan niet is voldaan, komen de kosten niet voor vergoeding in aanmerking.

3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 22 maart 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.5. Bij brief van 5 november 2019 heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op de zorgverzekering, af te wijzen. Verder heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van de gedeclareerde producten en natuurgeneeskundige behandelingen ten laste van de basisverzekering."

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de in 2016, 2017 en 2018 door hem aangeschafte vitamines en behandelingen door een natuurgeneeskundig therapeut te vergoeden.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

Vitamines

6.2. Verzoeker heeft in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar een aantal nota's gedeclareerd. Deze hebben betrekking op verschillende vitamines die in 2016, 2017 en 2018 aan hem zijn geleverd. Op grond van artikel 32 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van geregistreeerde en niet-geregistreeerde geneesmiddelen.

Geregistreeerde geneesmiddelen - al dan niet onderling vervangbaar - die vallen onder de dekking van de zorgverzekering zijn opgenomen in Bijlage 1 Rzv. Indien bijzondere voorwaarden gelden, zijn deze vermeld in Bijlage 2 Rzv. Dedoor verzoeker genoemde middelen komen niet voor op

genoemde bijlagen. Daarom bestaat hierop geen aanspraak op grond van artikel 32, onder het subkopje 'geregistreerde geneesmiddelen' van de zorgverzekering.

6.3. Daarnaast bestaat op grond van artikel 32 van zorgverzekering aanspraak op niet-geregistreerde geneesmiddelen. Voorwaarde hierbij is dat sprake moet zijn van een zogenoemde 'orphan drug' of magistrale receptuur. Een 'orphan drug' is een geneesmiddel dat wordt voorgeschreven aan personen die lijden aan een ziekte die in niet vaker voorkomt dan bij één op de 150.000 inwoners. 'Magistrale receptuur' is een middel dat is bereid door een apotheker. Vast staat dat de vitamines niet worden voorgeschreven omdat verzoeker lijdt aan een zeldzame ziekte. Ook worden de vitamines niet bereid door een apotheker. Daarom zijn de in 2016, 2017 en 2018 geleverde vitamines niet aan te merken als niet-geregistreerde geneesmiddelen als bedoeld in artikel 32 onder het subkopje 'niet-geregistreerde geneesmiddelen' van de zorgverzekering.

6.4. Verder kunnen de desbetreffende vitamines niet worden aangemerkt als dieetpreparaten als bedoeld in artikel 33 van de zorgverzekering (2016). Het kenmerk van dieetpreparaten is dat deze ten opzichte van normale voeding een gewijzigde chemische en fysische samenstelling hebben. De aan verzoeker geleverde middelen voldoen hieraan niet en komen daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de zorgverzekering.

Natuurgeneeskundig therapeut

6.5. Verzoeker heeft in 2018 ook twee nota's ter zake van behandelingen door een natuurgeneeskundig therapeut gedeclareerd. Deze natuurgeneeskundig therapeut is gevestigd in Gronau, Duitsland. Verzoeker is naar Duitsland gegaan met het doel daar de zorg te verkrijgen. Om die reden is sprake van planbare zorg en is artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 van toepassing. Om voor een vergoeding op grond van de verordening in aanmerking te komen geldt als voorwaarde dat de verzekerde voorafgaand aan de zorg de ziektekostenverzekeraar om toestemming heeft gevraagd. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar niet vooraf om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie dan buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

6.6. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg. Geneeskundige zorg in het kader van de Zvw omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, alsmede paramedische zorg. Alternatieve geneeskundige zorg valt niet onder geneeskundige zorg in het kader van de Zvw en komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking. Op de nota's van de natuurgeneeskundig therapeut staan ook laboratoriumkosten vermeld. Op grond van artikel 11 bestaat aanspraak op vergoeding van deze kosten op voorwaarde dat het onderzoek is aangevraagd door een huisarts of medisch specialist. Het is de commissie niet gebleken dat dit bij verzoeker aan de orde is. De nota's die dateren van 28 november 2016 en 27 juni 2017 hoeven daarom niet door de ziektekostenverzekeraar te worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

6.7. Op grond van artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van alternatieve zorg. De vergoeding bedroeg in 2016, 2017 en 2018 maximaal € 300,- per kalenderjaar. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoeker in 2016, 2017 en 2018 steeds een vergoeding van € 300,- heeft ontvangen. Verzoeker heeft dit niet weersproken zodat de commissie uitgaat van de juistheid ervan. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat geen aanspraak op een hogere vergoeding.

Telefonische toezegging

- 6.8. Verzoeker voert aan dat hij in oktober 2018 telefonisch contact heeft gehad met een medewerk(st)er van de ziektekostenverzekeraar. Volgens verzoeker is hem toen toegezegd dat hij de nota's ter zake van de vitamines en natuurgeneeskundig therapeut kon declareren. Daarna zou de ziektekostenverzekeraar de kosten vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft deze stelling van verzoeker gemotiveerd bestreden. Ook heeft hij toegelicht dat er op 1, 22 en 30 oktober 2018 met verzoeker is gesproken over de vergoeding van de kosten van alternatieve geneeswijzen. De ziektekostenverzekeraar heeft de van deze gesprekken gemaakte registraties overgelegd.
- 6.9. Vooropgesteld wordt dat het voor de commissie bij een telefoongesprek lastig is de exacte vraagstelling en de beantwoording hiervan te reconstrueren. Omdat verzoeker aanspraak maakt op vergoeding moet hij aannemelijk maken dat hem in oktober 2018, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een telefonische toezegging is gedaan. Hierin is hij niet geslaagd. Verzoeker stelt in dit verband dat hij in bewijsnood verkeert, omdat de betreffende medewerk(st)er van de ziektekostenverzekeraar destijds heeft geweigerd de gedane toezegging schriftelijk te bevestigen. Dit laat echter onverlet dat verzoeker dit op dat moment zelf had kunnen doen, zeker nu het gegeven antwoord voor hem zo belangrijk was. Omdat niet gebleken is dat verzoeker dit laatste heeft gedaan is door hem niet aannemelijk gemaakt dat indertijd een ongeclausuleerde toezegging is gedaan. De ziektekostenverzekeraar is daarom niet verplicht verzoeker een vergoeding te verlenen voor de kosten van vitamines en behandelingen door een natuurgeneeskundig therapeut.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 februari 2020,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)*”

Artikel 32. Geneesmiddelen

Omschrijving

Uw recht op 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 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 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 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 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 zelfzorgmiddelen als u deze geneesmiddelen langer dan 6 maanden moet gebruiken. U hebt alleen recht op 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 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 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 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:

- farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
- farmaceutische zorg met betrekking tot een geneesmiddel dat geen verzekerde zorg is;
- voorlichting farmaceutische zelfmanagement voor patiëntengroep;
- advies farmaceutische zelfzorg;
- advies gebruik receptplichtige geneesmiddelen tijdens reis;
- advies ziekerisico bij reizen;
- preventieve reisgeneesmiddelen en reisvaccinaties;
- 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 f, van de Geneesmiddelenwet.

Wie mag de zorg verlenen

Apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

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, 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.

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 apotheekhoudend 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 apotheek wilt inleveren, kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend 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. Geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 5 van de Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit 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 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 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, 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 het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje of implanonstaafje door een huisarts die hiervoor een overeenkomst met ons heeft of een medisch specialist. Voor het plaatsen of verwijderen van een spiraaltje mag u ook naar een verloskundige die hiervoor een overeenkomst met ons heeft gesloten.

Artikel 33. Dieetpreparaten

Omschrijving

U hebt recht op polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

U hebt alleen recht op deze dieetpreparaten als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
- lijdt aan een voedselallergie;
- lijdt aan een resorptiestoornis;
- lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of;
- 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

Gaat u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder en 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.

Wie mag de dieetpreparaten leveren

Apotheker, apotheekhoudend huisarts of een door ons aangewezen zorgaanbieder. Voor sondevoeding kunt u alleen terecht bij Mediq Tefa, Sorgente, MediReva, Medizorg/Eurocept en Linde Homecare.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op: gaat u voor sondevoeding naar een andere (zorg)aanbieder dan Mediq Tefa, Sorgente, MediReva, Medizorg/Eurocept of Linde Homecare? Dan hebt u geen recht op vergoeding.

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,

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
 - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
 - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
 - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die 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.

(...)

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.

(...)