



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, vertegenwoordigd door CAK Volmacht B.V. te Dordrecht

Zaak : Verenigde Staten, medisch-specialistische zorg, farmaceutische zorg, hoogte vergoeding

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 202002387

Zittingsdatum : 28 april 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. M.T.C. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar,
vertegenwoordigd door CAK Volmacht B.V. te Dordrecht.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 19 november 2020 heeft verzoekster per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 februari 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 23 februari 2021 aan verzoekster gestuurd. Verzoekster is bij die gelegenheid gevraagd of hiermee het geschil is opgelost. Verzoekster heeft op 8 maart 2021 per e-mail meegedeeld dat het geschil niet is opgelost. Een kopie van dit mailbericht is op 10 maart 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.3. Op 12 april 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021009702) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 13 april 2021 aan partijen gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 april 2021 op het geschil gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 23 april 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 april 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en het nagekomen stuk zijn op 4 mei 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op dezelfde dag heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Tandzorg 1 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg onbesproken.
- 3.2. Verzoekster had in mei 2019 tijdens een vakantie in New York, Verenigde Staten, een netvliesloslating, waaraan zij met spoed moest worden geopereerd. De kosten hiervan alsmede die van de benodigde geneesmiddelen, heeft zij bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft met een ongedateerd uitkeringsbericht aan verzoekster meegedeeld dat zij een vergoeding krijgt van € 1.945,91.

3.4. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 26 september 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat zij een vergoeding ontvangt van € 2.103,94.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 februari 2021, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) In haar brief heeft [verzoekster] het over drie medicijnen: Brimonidine, Moxifloxacin en Cydopentolate. Bij de afhandeling van de declaratie hadden wij al een vergoeding toegekend voor de Brimonidine. Voor de Moxifloxacin en de Cydopentolate hebben wij een nieuwe beoordeling gemaakt en voor deze medicijnen gaan wij alsnog een nabetaling doen op basis van het maximale Nederlandse tarief. Mijn excuses dat deze declaraties ten onrechte waren afgewezen. (...)"

3.6. Verzoekster heeft op 8 maart 2021, voor zover hier van belang, verklaard:

*"(...) Naar aanleiding van uw brief d.d. 23 februari 2021, deel ik u mede dat het geschil niet is opgelost. Ik heb intussen contact opgenomen met een medewerker van de NZA aangaande declaratiecode 15B613 die National Academie had gehanteerd i.p.v. 15B607 (zie bijlage voor de omschrijvingen). De conclusie is duidelijk welke zorgdeclaratiecode in mijn geval van toepassing is. Ik kan mij voorstellen dat als medisch adviseur je niet alles in detail kan weten over alle chirurgische ingrepen. Niettemin, moet het toch duidelijk zijn geweest uit mijn Amerikaanse medische documenten dat mijn oogoperatie meer omvangrijker was dan 'slechts' een vitrectomie. Declaratiecode 15B613: vitrectomie
Declaratiecode 15B607: operatief herstel van een netvliesloslating
Mijn netvliesloslating was hersteld door een ingrijpende operatieve ingreep met een cerclage, een vitrectomie, en laserbehandeling. Dus vitrectomie was slechts één van de operatieve handelingen die ik ondergaan had tijdens de operatie. De juiste omschrijving van mijn zorgproduct is zonder twijfel, een operatief herstel van een netvliesloslating waarbij o.a. vitrectomie werd uitgevoerd. Er zijn meerdere oogaandoeningen namelijk waarvoor een vitrectomie nodig is zoals bij suikerziekte, storende glasvochttroebelingen, glasvochtbloeding en overige oogaandoeningen bijv, een loszittende lens etc. Deze vallen onder zorgcode 15B613.
Zoals de NZA medewerker zei, een verkeerde zorgdeclaratiecode vermelden is een strafwettelijke overtreding. Hopelijk zal National Academic nog even de moeite kunnen nemen om nog eens de zaak te bekijken. Het was overigens een kleine moeite om de medicijnnamen in te voeren in het systeem om te kijken of het vergoed wordt of niet. Daar hadden ze dus nog een 'nieuwe beoordeling' moeten maken! (...)"*

3.7. Op 12 april 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

*"(...) DBC-zorgproduct
Niet in geschil is de aanspraak op de uitgevoerde operatie. De adviestaak van het Zorginstituut [is] beperkt tot de vraag of verzoekster aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Op verzoek van de SKGZ merkt het Zorginstituut het volgende op met betrekking tot de aard van de vergoeding.*

Een DBC-zorgproduct is een code van negen cijfers die iets zegt over de inhoud van het totaal aan ziekenhuisactiviteiten (diagnostisering, behandeling en controles). Aan de hand van de geregistreerde activiteiten wordt het tarief van de behandeling vastgesteld. In de Verenigde Staten wordt een vergelijkbaar systeem gebruikt om behandelingen te declareren, Current Procedural Terminology (CPT).

Het dossier bevat een (beperkt leesbare) Health Insurance Claim (HIC) d.d. 29 mei 2019. Hieruit is op te maken dat in het Lennox Hill Hospital te New York zorg is geleverd conform CPT procedure 67108. Verder staan CPT codes voor diagnostisch oogonderzoek vermeld.

Alleen de HIC en het verslag van de postoperatieve controle bevat medische informatie. Uit het verslag is op te maken dat verzoekster een vitreo-retinale operatieve ingreep heeft ondergaan vanwege netvliesloslating van het rechter oog met een netvliesscheur. Welke ingreep exact is uitgevoerd is op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet duidelijk. Uitgaande van de op de HIC aangegeven CPT code 67108 voor de uitgevoerde chirurgische procedure is vitrectomie uitgevoerd vanwege netvliesloslating. Bij deze CPT code is expliciet geen sprake van membranectomie. Als daar wel sprake van is dan geldt CPT code 67113.4.

Zoals verweerder aangeeft moet, om af te leiden tot DBC-zorgproduct 79799002 – Operatief herstel van een netvliesloslating en verwijderen trekvliesen bij een oogontsteking, ziekte van het netvlies/vaatvlies/ glasachtig lichaam in het oog (declaratiecode 15B607), sprake zijn van zorgactiviteit 'Pars plana vitrectomie bij behandeling van ablatio retinae incl. verwijderen tractiemembranen (031297)'. Uit de gedeclareerde CPT code blijkt niet dat hiervan sprake was. Verweerder heeft daarom een passend DBC-zorgproduct toegepast (079799011 met declaratiecode 15B613).

Aanspraak geneesmiddelen

Op grond van art. 2.8 lid 1 onder a Besluit zorgverzekering komt een geregistreerd geneesmiddel voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering indien het geneesmiddel is opgenomen in het GVS. Het GVS is een onderdeel van de Regeling zorgverzekering.

Prednisolon oogdruppels

Het dossier bevat een recept voor PREDNISOLONE AC 1% OPHTH SUSP 15ML. Dit geneesmiddel komt overeen (het heeft dezelfde werkzame stof) met Pred Forte® oogdruppels (prednisolon acetaat 10 mg/ml; flacon met 5 ml) dat is opgenomen in het GVS. De aan verzoekster voorgeschreven oogdruppels met prednisolon komen daarom voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Methylprednisolon

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is onduidelijk welk geneesmiddel verzoekster precies heeft gebruikt, het dossier bevat geen recept hiervoor. Verweerder voert in zijn brief d.d. 22 februari 2021 aan dat methylprednisolon niet vergoed wordt omdat het geneesmiddel niet is opgenomen in het GVS als tablet, enkel als injectie/infuus. Daarmee lijkt het te gaan om een oraal geneesmiddel. In een e-mail van verweerder d.d. 26 september 2019 wordt echter aangegeven dat een injectie met methylprednisolon wel is vergoed. Het is onduidelijk om welk geneesmiddel het precies gaat.

Het GVS bevat geen tabletten of capsules met methylprednisolon, enkel injectievloeistoffen en poeder voor infusievloeistof/injectievloeistof. Op medicijnkosten.nl worden wel tabletten en capsules met methylprednisolon vermeld maar dit betreffen doorgeleverde apotheekbereidingen. Doorgeleverde apotheekbereidingen zijn bereidingen die door een andere apotheek zijn gemaakt dan de apotheek die de bereiding aan de patiënt aflevert. Apotheekbereidingen zijn niet-geregistreerde geneesmiddelen en daarom niet opgenomen in het GVS.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verweerder de vergoeding van de operatie van verzoekster op een passende DBC-zorgproductcode heeft gebaseerd. Verder kan geconcludeerd worden dat verzoek[st]er aanspraak kan maken op vergoeding van oogdruppels met prednisolon. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet beoordeeld worden of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van een geneesmiddel met methylprednisolon.

Het advies

Nu de aanspraak op vergoeding van de oogoperatie vanuit de basisverzekering niet in geschil is, merkt het Zorginstituut alleen op dat het DBC-zorgproduct 079799011 "Operatie waarbij het glasvocht wordt verwijderd bij een oogontsteking, ziekte van het netvlies/ vaatvlies/glasachtig lichaam in het oog" (declaratiecode 15B613) in dit geval passend lijkt.

Voor wat betreft de geneesmiddelen adviseert het Zorginstituut op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Verzoekster kan aanspraak maken op vergoeding van oogdruppels met prednisolon. Het Zorginstituut kan niet beoordelen of verzoekster ook aanspraak kan maken op vergoeding van een geneesmiddel met methylprednisolon. (...)”.

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is een hogere vergoeding te verlenen dan € 1.945,91, ten laste van de zorgverzekering.

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. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. 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.

Standpunt verzoekster

6.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar voor de hoogte van de vergoeding ten onrechte is uitgegaan van de DBC-zorgproductcode 079799011 (declaratiecode 15B613). De juiste DBC-zorgproductcode is in dit geval 079799002 (declaratiecode 15B607). Het gaat namelijk niet slechts om het verwijderen van glasvocht. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar niet alle voorgeschreven geneesmiddelen vergoed, omdat deze niet zouden voorkomen in het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS). Verzoekster heeft de betreffende geneesmiddelen gezocht via de website www.medicijnkosten.nl, en hierin komen deze wel voor, zij het onder een andere naam.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat kosten van spoedeisende zorg buiten Europa worden vergoed tot maximaal het Nederlands tarief. Ook is hierop het verplicht eigen risico van toepassing. Op basis van de beschikbare informatie is de ziektekostenverzekeraar gekomen tot DBC-zorgproductcode 010501008 (declaratiecode 15B613). De maximale vergoeding die hierbij hoort, is € 2.103,94. Verder is een gedeeltelijke vergoeding - tot het in Nederland geldende tarief - verleend voor de geneesmiddelen Dorzolamide oogdruppels en Methylprednisolon injectie. De overige kosten die zijn gemaakt bij de apotheek komen niet voor vergoeding in aanmerking, omdat de geneesmiddelen niet voorkomen in het GVS. De totale vergoeding komt daarmee uit op € 2.231,64. Hierop is het nog resterende verplichte eigen risico van € 285,73 in mindering gebracht, zodat uiteindelijk een bedrag van € 1.945,91 aan verzoekster is vergoed. Daar komt nog de vergoeding voor Moxifloxacin en Cydopentolate bij. Hiervoor vergoedt de ziektekostenverzekeraar het maximale Nederlandse tarief.

Overwegingen

- 6.4. Tussen de Verenigde Staten en Nederland is geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering gesloten. Daarom zijn de voorwaarden van de zorgverzekering leidend. Hierin is bepaald dat bij zorg in het buitenland aanspraak bestaat op maximaal het Nederlandse marktconforme tarief.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar is, ter bepaling van de hoogte van de vergoeding voor de operatie die verzoekster heeft ondergaan, uitgegaan van DBC-zorgproductcode 079799011 (declaratiecode 15B613), met als omschrijving: *"Aandoening chor/retina/corp vitr/endoftalmitis (excl diabetische retinopathie) | Vitrectomie | Oog chor/retina/corp vitr/endoftalmitis (...) Operatie waarbij het glasvocht wordt verwijderd bij een oogontsteking, ziekte van het netvlies/ vaatvlies/ glasachtig lichaam in het oog"*. Het betreft een code uit het zogenoemde vrije segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. De ziektekostenverzekeraar heeft meegedeeld dat het bijbehorende tarief in 2019 € 2.103,94 was. Volgens verzoekster is de DBC-zorgproductcode 079799002 (declaratiecode 15B607) meer passend. Deze code heeft als omschrijving: *"Aandoening chor/retina/corp vitr/endoftalmitis (excl diabetische retinopathie) | Oper ablatio met verwijderen tractiemembranen | Oog chor/retina/corp vitr/endoftalmitis (...) Operatief herstel van een netvliesloslating en verwijderen trekvliesen bij een oogontsteking, ziekte van het netvlies/ vaatvlies/ glasachtig lichaam in het oog"*. Ook dit betreft een code in het vrije segment. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 12 april 2021 is door de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC-zorgproductcode gehanteerd, waarbij is opgemerkt dat blijkens de informatie uit de VS geen sprake is geweest van het verwijderen van tractiemembranen. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op een hogere vergoeding voor de in verband met de ingreep gemaakte kosten, ten laste van de zorgverzekering.
- 6.6. Uit de nota's van de apotheek blijkt dat verzoekster vier geneesmiddelen voorgeschreven heeft gekregen, namelijk brimonidine 0,15%, moxifloxacin 0,5%, cyclopentolate 1% en prednisolone ac 1%. De ziektekostenverzekeraar heeft een vergoeding verleend voor brimonide (volledig), Dorzolamide oogdruppels (gedeeltelijk), Methylprednisolon injectie (volledig), Moxifloxacin (gedeeltelijk) en Cyclopentolate (gedeeltelijk). De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 21 april 2021 verklaard de prednisolone oogdruppels alsnog tot het Nederlandse tarief te vergoeden. De Methylprednisolon in tabletvorm is niet aan verzoekster vergoed, omdat deze volgens de ziektekostenverzekeraar niet is opgenomen in het GVS. Het middel Methylprednisolon komt onder andere voor in tabletvorm. Als zodanig is het vermeld op de website www.medicijnkosten.nl als doorgeleverde apotheekbereiding. Het betreft in dat geval een niet-geregistreerd geneesmiddel dat niet is opgenomen in het GVS. Omdat een recept ontbreekt en de informatie in het dossier tegenstrijdig is – onduidelijk is of het inderdaad om tabletten dan wel injectievloeistof gaat - kan niet worden beoordeeld of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van dit middel, ten laste van de zorgverzekering. Nu de stelplicht en bewijslast ter zake bij verzoekster liggen, en zij geen verdere onderbouwing heeft geleverd voor haar stelling dat de kosten moeten worden vergoed, concludeert de commissie tot afwijzing van dit deel van haar verzoek. Aangezien de ziektekostenverzekeraar gedurende de procedure heeft besloten een deel van de kosten die eerder werden gevorderd alsnog aan verzoekster te vergoeden, ziet de commissie aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) het verzoek wordt afgewezen;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.



Zeist, 7 mei 2021,



M.T.C. Nauta-Sluijs



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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



Deze geboortezorg mag de geboortezorgorganisatie alleen in rekening brengen als deze hiervoor een overeenkomst met ons heeft. Een overzicht van deze organisaties vindt u op onze website.

U mag ook tijdens de zwangerschap, geboorte en nazorg veranderen van zorgaanbieder.

Artikel 15. Medisch specialistische zorg

Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt ook:

- zorg door een trombosedienst;
- second opinion door een medisch specialist. U hebt hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al hebt besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling;
- dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis;
- chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur;
- begeleiding bij het stoppen met roken. Hieronder verstaan wij eenmalige korte stopadviezen;
- medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis);
- direct aan inzet gebonden kosten van een AED (Automatische Externe Defibrillator).

Medisch specialistische zorg omvat ook:

- tot 1 oktober 2019 behandeling van coloncarcinoom met adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC), voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- tot 1 juli 2019 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- tot 1 oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;



- van 1 januari 2016 tot 1 december 2022 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische discectomie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- van 1 januari 2016 tot 1 januari 2020 behandeling van medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn met occipitale zenuwstimulatie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- van 1 april 2016 tot 1 augustus 2021 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- van 1 oktober 2016 tot 1 juli 2021 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmpassage, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- van 1 januari 2017 tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 jaar tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2022 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht, voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld.

Onder onderzoek verstaan wij:

- hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) wordt gefinancierd, en/of;
- aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht als u:
 1. wel voldoet aan de zorginhoudelijke criteria, maar niet voldoet aan de andere criteria voor deelname aan het onderzoek, of;
 2. niet hebt deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of;
 3. hebt deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor u is voltooid.

Het overzicht geeft de stand van zaken weer per 1 januari 2019 voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Kijkt u voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering vindt u op onze website.



U hebt geen recht op:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- d. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- e. vruchtbaarheidsgelateerde zorg als u een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die al is gestart voordat u de leeftijd van 43 jaar hebt bereikt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Voor verloskundige zorg door een gynaecoloog geldt het eigen risico niet. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer waarvan de kosten apart in rekening worden gebracht wel meetellen voor het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist verbonden aan een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, dan mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

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.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), triage-audicien, bedrijfsarts, jeugdarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, orthodontist, tandprotheticus



verloskundige, optometrist, medisch specialist, kaakchirurg, GGD arts (bij aanvragen laboratoriumdiagnostiek (IZB en TBC)) of klinisch fysicus audioloog (naar KNO-arts).

Toestemming

U hebt voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose-behandelcombinatie (dbc's) van Zorgverzekeraars Nederland. U vindt deze lijst op onze website. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Voor welke zorg hebt u vooraf toestemming nodig?

U hebt voor een aantal behandelingen bij Oogheelkunde, Keel-, Neus- en Oorheelkunde (KNO-heelkunde), Heelkunde en Dermatologie onze toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden.

Oogheelkunde: refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), ooglidcorrecties.

KNO-heelkunde: oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.

Heelkunde: gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.

Dermatologie: benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).

Let op

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling. Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u vooraf geen toestemming hebt gevraagd.

Let op

Voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard hebt u altijd vooraf toestemming nodig. Kijk hiervoor in artikel 20, Plastische en/of reconstructieve chirurgie.

Bijzonderheden

1. De apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten valt onder hulpmiddelenzorg, zie artikel 37, Hulpmiddelen en verbandmiddelen.
2. Meer informatie over thuisdialyse vindt u op onze website.
3. Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, worden uitgezonderd.
4. Voor medisch specialistische zorg door een huisarts, zie artikel 11, Huisartsenzorg.



5. Voor zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, zie artikel 25, Gespecialiseerde GGZ.
6. Voor mondzorg door een kaakchirurg, zie artikel 32, Bijzondere tandheelkunde en artikel 33, Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Artikel 16. Revalidatie

16.1 Revalidatie

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van 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 die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- de quickscan, als onderdeel van de vroege interventie (vroeg ingrijpen) bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met a-specifieke klachten worden die klachten bedoeld, waarvoor geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden;
- oncologische revalidatie. Dit is zorg gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin u zich kunt bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

Eigen risico

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



Farmaceutische zorg

Artikel 35. 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

U hebt 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. Voor de meest actuele tekst van bijlage 2 verwijzen wij u naar <https://wetten.overheid.nl> (zoek in de titel op 'Regeling zorgverzekering' en scroll dan links onder de hoofdstukken naar bijlage 2) en de publicatie van de wijzigingen in de Staatscourant.

Medische noodzaak

Naast merkgeneesmiddelen (spécialités) zijn er ook merkloze geneesmiddelen (generieken) met dezelfde werkzame stof, dezelfde sterkte en dezelfde toedieningsvorm. De apotheek bepaalt welke variant (merk) van een geneesmiddel hij meegeeft. Alleen wanneer de voorschrijver op het recept aangeeft dat een specifieke variant (of specifiek merk) om medische redenen voor u noodzakelijk is, hebt u recht op vergoeding van die specifieke variant.

Zelfzorgmiddelen en maagzuurremmers

U hebt recht op zelfzorgmiddelen en maagzuurremmers als u deze geneesmiddelen langer dan 6 maanden moet gebruiken. U hebt van zelfzorgmiddelen en maagzuurremmers 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 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 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 e, van de Geneesmiddelenwet;
- vitamines, mineralen en paracetamol waarvoor een gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig alternatief in de vrije verkoop bestaat.

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. De eigen bijdrage wordt door ons, tot maximaal € 250 per kalenderjaar, met u verrekend. 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. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie onder het eigen risico vallen.

Wie mag de zorg verlenen

Apotheker of apothekhoudend 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.

Voorschrijver

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 apothekhoudend 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, dan kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen.



Gaat u naar een apotheker of apothekhoudend 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 ook zijn opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) 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 deze anticonceptiemiddelen: 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, 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.

Artikel 36. 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:

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



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, apotheehoudend huisarts of een door ons aangewezen zorgaanbieder.

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

Gaat u naar een apotheker of apotheehoudend 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.

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.

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, 2.8 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.
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 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:
- farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
 - geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
 - geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
 - geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.
3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.
4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.
5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.

In die ministeriële regeling wordt tevens de aanvraagprocedure voor de aanwijzing geregeld, worden regels gesteld met betrekking tot de systematiek van de indeling in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen en worden regels gesteld met betrekking tot de vaststelling van een vergoedingslimiet voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.

6. In afwijking van het vijfde lid kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat voor bij die regeling aangewezen groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen de vergoedingslimiet kan worden herberekend of buiten werking kan worden gesteld.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.5

1. In bijlage 1 bij deze regeling worden genoemd:
- de op grond van artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
 - de op grond van artikel 2.1, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen.
2. In bijlage 2 bij deze regeling worden vermeld:
- 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;
 - de voorwaarden waaronder en de termijn gedurende welke de farmaceutische zorg, bedoeld in de aanhef van artikel 2.8, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering de geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat.

3. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten behoren slechts tot de farmaceutische zorg indien voldaan is aan onderdeel 1 van bijlage 2 van deze regeling.
4. In bijlage 3, onderdelen A en B, bij deze regeling worden genoemd de geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een beslissing als bedoeld in artikel 2.50, vijfde lid, niet zijn aangewezen, geregistreerde geneesmiddelen ten aanzien waarvan het voornemen tot aanwijzing als bedoeld in artikel 2.50, achtste lid, niet is uitgevoerd en geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een wijziging van bijlage 1 niet meer zijn aangewezen.
5. Farmaceutische zorg, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel b, onder 1°, van het Besluit zorgverzekering, omvat geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan:
 - a. een geregistreerd UR-geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet waarover blijkens bijlage 1 en 3 bij deze regeling geen besluit over de aanwijzing, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering, is genomen;
 - b. een in bijlage 3, onderdeel A, bij deze regeling genoemd niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet, mits aan daarbij vermelde criteria wordt voldaan.

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, 2.8 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 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig

- jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
- 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
- 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemertespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreeerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

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.