

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202303040

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

en

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

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten te vergoeden van Gloup Zero Medicatie Slikgel ten laste van de zorgverzekering dan wel uit coulance. Dit omdat verzoeker kampt met verhoogde spierspanning in het keel- en halsgebied (globusklachten) en slikproblemen (dysfagie). Gelet op de werking van de gel dient het middel niet als een geneesmiddel, maar als een medisch hulpmiddel te worden beschouwd.
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat Gloup Zero Medicatie Slikgel in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) staat vermeld als 'niet-geneesmiddel'. Dit betekent dat er geen vergoeding mogelijk is vanuit de basisverzekering. Anders dan verzoeker stelt valt Gloup Zero Medicatie Slikgel niet onder een van de functiegerichte omschrijvingen van artikel 2.6 van de Regeling zorgverzekering (Rzv) inzake hulpmiddelenzorg. Tot een onverplichte vergoeding van de kosten ziet de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding.
- 1.2. De commissie oordeelt dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van Gloup Zero Medicatie Slikgel ten laste van de zorgverzekering. Uit het advies van het Zorginstituut Nederland aan de commissie blijkt dat Gloup Zero Medicatie Slikgel niet is opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) en daarom niet in het kader van farmaceutische zorg kan worden vergoed op basis van de zorgverzekering.
Voor zover verzoeker stelt dat Gloup Zero Medicatie Slikgel moet worden aangemerkt als een medisch hulpmiddel, geldt dat slikgel niet onder de functiegerichte omschrijvingen in het kader van hulpmiddelenzorg valt te brengen. Over het toepassen van coulance kan de commissie niet oordelen, omdat dit is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar.
De commissie wijst het verzoek af.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 27 december 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 2 januari 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 15 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is, eveneens op 15 januari 2024, aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 30 januari 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024002148) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 31 januari 2024 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 februari 2024 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 6 maart 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 30 januari 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 12 maart 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Topfit, ONVZ OntzorgPlus, Tandfit module C en ONVZ Zorgplan (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker kampt met globusklachten en dysfagie. Gelet op deze aandoeningen heeft de behandelend arts hem geadviseerd zijn medicatie in te nemen met Gloup Zero Medicatie Slikgel. In vervolg hierop heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten van deze slikgel te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 15 augustus 2023 aan verzoeker meegedeeld dat de kosten niet worden vergoed.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 3 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 30 januari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten te vergoeden van Gloup Zero Medicatie Slikgel ten laste van de zorgverzekering dan wel uit coulance.

- 4.2. Verzoeker stelt in zijn brief van 18 augustus 2023 dat hij al bijna 20 jaar kampt met globusklachten. Deze klachten worden waarschijnlijk veroorzaakt door spierspanningen en extra slijmvorming als gevolg van OPS (schildersziekte) en hooikoorts. De afgelopen jaren heeft verzoeker in toenemende mate moeite met slikken, en met name het doorslikken van voedsel en medicatie. De klachten bestaan eruit, dat van alles wat verzoeker eet, iets in zijn keel blijft steken. Slikoefeningen met hulp van een logopediste en osteopaat hebben niet het gewenste resultaat gehad. Eind 2022 heeft verzoeker met de apotheker overlegd of hij zijn medicijnen op een andere manier dan in pilvorm kan krijgen. De apotheker heeft in vervolg hierop de medicatie zo aangepast dat hij de pillen kan vernalen. De medicatie die niet kan worden vernalen, wordt sindsdien geleverd in capsulevorm zodat deze kunnen worden gelegegd. De apotheker raadde verzoeker wel aan de medicatie in het vervolg in te nemen met een of twee eetlepels Gloup Zero Medicatie Slikgel. Verzoeker heeft het advies van de apotheker opgevolgd. Door het gebruik van de slikgel hoeft hij zich geen zorgen meer te maken dat medicatie in zijn keel blijft hangen.
- 4.3. Vanwege de goede ervaringen met Gloup Zero Medicatie Slikgel heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar gevraagd de hiermee gemaakte kosten te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft afwijzend beslist en hierbij aangevoerd dat de slikgel een 'niet-geneesmiddel' is. Deze reden komt verzoeker wat vreemd voor, omdat de slikgel ervoor zorgt dat mensen met dysfagie hun medicatie kunnen doorslikken. De huisarts heeft op 21 juli 2023 verklaard dat hij het gebruik van Gloup Zero Medicatie Slikgel bij verzoeker ondersteunt. Ondanks deze verklaring en het toezenden van meerdere wetenschappelijke artikelen over het gebruik van slikgel blijft de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt stellen dat het geen verzekerde zorg betreft. De ziektekostenverzekeraar heeft echter alleen gekeken of sprake is van een geneesmiddel. Deze beoordeling is volgens verzoeker onjuist, omdat de slikgel geen medicamenteuze werking heeft. In plaats daarvan moet Gloup Zero Medicatie Slikgel worden beschouwd als een medisch hulpmiddel. Een medisch hulpmiddel is een product dat wordt gebruikt bij de behandeling en ondersteuning van een ziekte of beperking. Gelet op het feit dat verzoeker veel baat heeft bij het gebruik van de slikgel en een alternatief hiervoor ontbreekt, heeft hij de ziektekostenverzekeraar tevens verzocht de kosten zo nodig uit coulance te vergoeden. De kosten van de slikgel bedragen ongeveer € 500,- per jaar en dit bedrag heeft een behoorlijke impact op de financiële huishouding van verzoeker.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop aangevoerd dat hij inmiddels ermee bekend is dat de gevraagde slikgel niet valt onder de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelenzorg. Wat dan wel opvalt is dat zowel de ziektekostenverzekeraar als de behandelend arts melden dat slikgel een prima oplossing is voor de bestaande slikproblemen. Daarnaast stelt de ziektekostenverzekeraar dat meerdere verzekerden kampen met soortgelijke problemen. Het stoort verzoeker dan ook dat de ziektekostenverzekeraar desondanks geen coulance toepast. Door coulance toe te passen kan de ziektekostenverzekeraar veel besparen op zorgkosten.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat Gloup Zero Medicatie Slikgel het ZI-nummer 16795229 heeft, en in het GVS staat geregistreerd als 'niet-geneesmiddel'. Dit betekent dat geen aanspraak bestaat op vergoeding hiervan ten laste van de zorgverzekering. Dat een arts of apotheker vindt dat iemand om een medische reden slikgel moet gebruiken, maakt dit niet anders. Een geneesmiddel komt namelijk alleen voor vergoeding in aanmerking als wordt voldaan aan de voorwaarden die zijn beschreven in de verzekeringsvoorwaarden en dit is niet het geval. Volgens verzoeker moet Gloup Zero Medicatie Slikgel worden aangemerkt als een medisch hulpmiddel. De ziektekostenverzekeraar deelt dit standpunt niet. Hulpmiddelen komen namelijk alleen voor vergoeding in aanmerking als deze vallen onder een van de functiegerichte omschrijvingen van artikel 2.6 Rzv. Gloup Zero Medicatie Slikgel is hier niet onder te brengen. Voor zover verzoeker vraagt de kosten uit coulance te vergoeden, geldt dat de ziektekostenverzekeraar hiertoe geen aanleiding ziet. Verzoeker stelt dat hij graag zou zien dat de ziektekostenverzekeraar een alternatief noemt, maar dit is niet zijn taak. De taak van een

verzekeraar is te beoordelen of het aangevraagde al dan niet ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering moet worden vergoed.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de door verzoeker gevraagde slikgel geen deel uitmaakt van de verzekerde zorg vanuit de zorgverzekering. Voor zover verzoeker stelt dat de wetgeving hierop moet worden aangepast geldt dat dit aan de wetgever is. Daarnaast geldt dat de ziektekostenverzekeraar terughoudend is met het toepassen van coulance. Gelet op de precedentwerking zal geen coulance worden toegepast.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 30 januari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Geneesmiddelen beoordeling

Gloup Zero Medicatie Slikgel is zonder recept bij een apotheek of drogist verkrijgbaar. Deze middelen zijn niet opgenomen in het GVS en kunnen daarom niet voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de basisverzekering. De verklaring van de huisarts dat hij het gebruik van Gloup Zero Medicatie Slikgel bij verzoeker ondersteunt, kan hier geen verandering in brengen.

Hulpmiddelenzorg beoordeling

Een hulpmiddel kan voor vergoeding in aanmerking komen, indien het valt onder een van de functiegerichte aanspraken van artikel 2.6 van de Rzv.

Voor hulpmiddelen bij problemen met (door)slikken is geen vergoeding opgenomen in het basispakket. Hulpmiddelen zoals Gloup Zero Medicatie Slikgel vallen niet onder een van de functiegerichte omschrijvingen uit artikel 2.6 van de Rzv. Gloup Zero Medicatie Slikgel kan derhalve niet voor vergoeding in aanmerking komen vanuit het basispakket.

Conclusie

Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van Gloup Zero Medicatie Slikgel ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Gloup Zero Medicatie Slikgel maakt geen onderdeel uit van het basispakket."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 80 van de 'Algemene regels' van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over farmaceutische zorg en hulpmiddelenzorg 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

- 8.2. De vergoeding van geneesmiddelen is geregeld in artikel 2.8 Bzv. Het bepaalde op pagina 149 e.v. van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. Uit genoemde bepalingen volgt dat aanspraak bestaat op zowel geregistreerde als niet-geregistreerde geneesmiddelen. De bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen komen voor vergoeding in aanmerking. Dit volgt uit artikel 2.8, eerste lid, onder a, Bzv. Deze geneesmiddelen zijn vermeld op bijlage 1 en bijlage 2 Rzv. Niet-geregistreerde geneesmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als het gaat om:
- (i) geneesmiddelen die zijn bereid door een apotheek, of
 - (ii) geneesmiddelen die op verzoek van een arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm van de Geneesmiddelenwet, of
 - (iii) geneesmiddelen die in de handel zijn in een ander land en bestemd zijn voor een patiënt die lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.
- Hierbij geldt de eis dat sprake moet zijn van rationele farmacotherapie. Dit houdt in de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering. Dit volgt uit artikel 2.8, eerste lid, onder b, Bzv.
- 8.3. Gloup Zero Medicatie Slikgel betreft niet een geregistreerd en door de Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport aangewezen geneesmiddel dat is opgenomen in Bijlage 1 of 2 Rzv. Het middel wordt voorts niet door een apotheek of op verzoek van een arts bereid en het is verzoeker niet voorgeschreven omdat hij aan een zeldzame ziekte lijdt. Ook als niet-geregistreerd geneesmiddel bestaat daarom geen aanspraak op vergoeding. Zoals uit het advies van het Zorginstituut van 30 januari 2024 blijkt, gaat het hier om een bij een apotheek of drogist vrij verkrijgbaar Warenwetproduct. Het voorgaande brengt mee dat Gloup Zero Medicatie Slikgel niet ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed.
- 8.4. Verzoeker heeft aangevoerd dat de slikgel niet als geneesmiddel moet worden aangemerkt, maar als medisch hulpmiddel. Hiertoe geldt dat hulpmiddelen ten laste van de zorgverzekering kunnen worden vergoed als deze vallen onder een van de functiegerichte omschrijvingen van artikel 2.6 Rzv. De commissie constateert dat de slikgel, zoals ook uit het advies van het Zorginstituut van 30 januari 2024 volgt, niet onder de reikwijdte van voornoemd artikel valt. Specifiek ten aanzien van de hulpmiddelen voor het toedienen van voedsel als bedoeld in artikel 2.6, onder r, Rzv jo. artikel 2.24 Rzv, merkt de commissie nog op dat de desbetreffende aanspraak is beperkt tot:
- a. niet-klinisch ingebrachte sondes met toebehoren;
 - b. uitwendige voedingspompen voor enterale voeding met toebehoren.
- Gloup Zero Medicatie Slikgel is hier niet onder te brengen. Het voorgaande betekent dat verzoeker, ook uit hoofde van hulpmiddelenzorg, geen aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van Gloup Zero Medicatie Slikgel ten laste van de zorgverzekering. De stelling van verzoeker dat het gebruik van de slikgel hem door de apotheker is geadviseerd, en dat dit middel ervoor zorgt dat hij zijn medicatie goed kan innemen, kan - helaas - niet leiden tot een andere conclusie.

Coulance

- 8.5. Verzoeker heeft tot slot een beroep gedaan op coulance door de ziektekostenverzekeraar. Daarbij heeft hij aandacht gevraagd voor het feit dat de slikgel de enige oplossing is voor zijn probleem. De commissie overweegt dat het toepassen van coulance een handelen uit welwillendheid is, dus zonder dat het juridisch verplicht is. Het coulancebeleid is aan de

ziektekostenverzekeraar voorbehouden en de commissie kan niet in diens beslissing treden. De commissie kan slechts dan een vergoeding in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden toekennen als de ziektekostenverzekeraar gelijke gevallen zonder goede reden ongelijk behandelt. Dit is in het onderhavige geval gesteld noch gebleken.

Slotsom

8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 maart 2024,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

● Geneesmiddelen basisverzekering

De basisverzekering vergoedt de meeste medicijnen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%, soms betaalt u een eigen bijdrage
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
Optifit	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
Topfit	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
Superfit	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering

● Wat u vergoed krijgt

De basisverzekering vergoedt vrijwel alle gangbare medicijnen, die u op recept krijgt. En de dienstverlening en de begeleiding van de apotheek die daarbij hoort. Als een medicijn niet vergoed wordt, vertelt uw arts dat meestal wel. U kunt dat ook zelf opzoeken op [medicijnkosten.nl](https://www.medicijnkosten.nl). Daar staat ook per geneesmiddel welke voorwaarden gelden, of er een maximale vergoeding is en of er een eigen bijdrage geldt.

Wilt u precies weten hoe het zit? Hieronder zetten we alles op een rij.

De basisverzekering vergoedt de volgende geneesmiddelen:

1. de door de overheid aangewezen geneesmiddelen die in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering staan. Dat zijn bijna alle in Nederland gangbare geneesmiddelen. Soms moet u daarbij aan specifieke voorwaarden voldoen, bijvoorbeeld een bepaalde ziekte hebben. Dat staat in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering
2. geneesmiddelen die de apotheek op kleine schaal zelf maakt ('magistrale bereidingen') of bij een andere apotheek laat maken ('doorgeleverde bereidingen'). Het mag niet gaan om een geneesmiddel dat (bijna) hetzelfde is als een geneesmiddel dat volgens 1 niet wordt vergoed. Behalve als in de Regeling zorgverzekering staat dat het wel mag
3. geneesmiddelen zonder handelsvergunning in Nederland, die met toestemming van de overheid in Nederland worden gemaakt of uit het buitenland worden gehaald. Uw arts vraagt dit speciaal voor u aan als u een zeldzame ziekte heeft
4. bij een tijdelijk tekort aan een geneesmiddel van nummer 1: een vervangend geneesmiddel uit het buitenland

De vergoedingen bij 2, 3 en 4 gelden alleen voor rationele farmacotherapie. Dat betekent dat we uit onderzoek weten dat het geneesmiddel goed werkt en dat de vorm (bijvoorbeeld pil, injectie of zalf) voor u geschikt is.

Uw geneesmiddel mag ook niet onnodig duur zijn. Daarom geeft de apotheker u meestal een merkloos geneesmiddel mee. Dat vergoeden wij dan. Is er geen merkloze variant of is een merkgeneesmiddel voor u medisch gezien nodig? Dan vergoeden wij een merkgeneesmiddel. Is er bij u geen medische noodzaak, maar wilt u toch een merkgeneesmiddel? Dan vergoeden wij de prijs van het betreffende merkloze geneesmiddel. De rest moet u zelf betalen. Ook de aanvullende verzekeringen vergoeden dat niet.

Medicijnen en dieet

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

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Dit vergoedt de basisverzekering niet

- geneesmiddelen bij wetenschappelijk onderzoek
- geneesmiddelen die volgens de wet beschikbaar zijn voor bepaalde schrijvende gevallen
- zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers, als u deze niet chronisch moet gebruiken

Andere vergoedingen

De basisverzekering vergoedt de volgende middelen niet. Uw aanvullende verzekering soms wel:

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

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

- [Dieetpreparaten](#)
- [voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen](#)
- middelen voor [Anticonceptie](#)

• Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen betaalt u een eigen bijdrage. Maar totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Daarboven vergoedt de basisverzekering de eigen bijdragen. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)

Het eigen risico

Voor geneesmiddelen uit de basisverzekering geldt het eigen risico. Het eigen risico geldt ook als de basisverzekering uw eigen bijdragen boven € 250 vergoedt. [Zo werkt het eigen risico](#)

• Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift (recept) hebben voor het geneesmiddel

Wij vergoeden geneesmiddelen alleen als ze zijn voorgeschreven door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant¹.

Voor sommige geneesmiddelen moet u vooraf toestemming vragen

Sommige geneesmiddelen vergoeden wij alleen als wij vooraf [toestemming](#) hebben gegeven.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Soms krijgt u uw geneesmiddel van het ziekenhuis

Geneesmiddelen die u krijgt als onderdeel van zorg door de [Medisch specialist](#) of tijdens een ziekenhuisopname betaalt u niet apart. Ze zitten in de rekening van het ziekenhuis.

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

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

● Hulpmiddelen

Heeft u hulpmiddelen nodig voor behandeling, verpleging, revalidatie of verzorging?

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%, soms betaalt u een eigen bijdrage Volgens de vergoedingen Hulpmiddelen basisverzekering
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 250, voor eigen bijdragen
Topfit	€ 500, voor eigen bijdragen
Superfit	€ 1.000, voor eigen bijdragen

● Wat u vergoed krijgt

Hulpmiddelen helpen om het dagelijkse leven met een ziekte of een aandoening makkelijker te maken. Of helpen u om (langer) thuis te blijven wonen. Er zijn veel soorten hulpmiddelen, en ook verschillende manieren waarop u ze vergoed krijgt. Voor sommige hulpmiddelen moet u bijvoorbeeld naar de gemeente, of naar het zorgkantoor.

De vergoeding die u nu leest, gaat over hulpmiddelen die onder de **basisverzekering** vallen. De basisverzekering vergoedt hulpmiddelen en verbandmiddelen die nodig zijn als u herstelt van een ziekte of aandoening, of met een ziekte of aandoening moet leven. Welke (groepen van) hulpmiddelen dat zijn staat hieronder, bij 'Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering'. In de vergoeding van die hulpmiddelen staat in waar u recht op heeft en wat de voorwaarden zijn. Bijvoorbeeld of u een voorschrift nodig heeft, of vooraf toestemming moet vragen. En hoe het zit met het eigen risico en de eigen bijdrage.

Voor deze hulpmiddelen zijn altijd de basisregels hulpmiddelen van toepassing. Daar staat bijvoorbeeld in dat u hulpmiddelen zorgvuldig moet gebruiken en onderhouden. En hoe het zit met vervanging, reparatie en onderhoud.

Staat in de vergoeding dat u voor het hulpmiddel een eigen bijdrage betaalt? De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden de eigen bijdrage. De maximale vergoeding per kalenderjaar staat bovenaan deze vergoeding.

● Hulpmiddelen voor voeding

Als u zelf niet meer kunt eten of extra voeding nodig heeft.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Voeding kan op 3 manieren worden toegediend: via de mond, direct in het maagdarmkanaal of in de bloedbaan. Om de voeding direct in de maag of darmen te brengen is een voedingssonde nodig. Soms met een voedingspomp. Daarover gaat de vergoeding die u nu leest. Een infuuspomp brengt voeding via een dun slangetje (of sonde) direct in de bloedbaan. Die infuuspomp en sonde vallen onder de vergoeding Medisch specialist.

De basisverzekering vergoedt de voedingssonde voor voeding via het maagdarmkanaal, en de producten die daarbij horen, als deze buiten het ziekenhuis wordt ingebracht, en u:

- een aandoening of ziekte aan uw maag of darmen heeft, waardoor u geen gewone voeding kunt eten, en
- een voedingssonde nodig heeft om voldoende voeding binnen te krijgen

Als voor de regulering van uw sondevoeding een voedingspomp noodzakelijk is, dan vergoedt de basisverzekering ook de voedingspomp en de producten die daarbij horen zoals aansluitstukken of standaarden.

Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die onder deze omschrijving vallen.

Hier kunt u terecht

- leverancier van voedingssondes en voedingspompen

Dit wordt niet vergoed

- nieuwe batterijen of oplaadapparatuur

Andere vergoedingen

Voedingssondes en de producten die daarbij horen die in het ziekenhuis worden ingebracht, vallen onder de vergoeding Medisch specialist.

De bijzondere voeding die u met de voedingssonde (met of zonder voedingspomp) toedient, valt onder de vergoeding Dieetpreparaten.

Eetapparaten vallen onder de vergoeding Hulpmiddelen bij problemen met bewegen.

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor deze hulpmiddelen betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

U krijgt de voedingspomp in bruikleen. Daarom geldt geen eigen risico. U krijgt de producten die bij de pomp horen, en de voedingssonde in eigendom. Daarom geldt daarvoor wel het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
 - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
 - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
 - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet,
 - 3°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners,
 - 4°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
 - 5°. artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;
 - c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

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

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

(...)

r. hulpmiddelen voor het toedienen van voeding als omschreven in artikel 2.24;

(...)

Artikel 2.24

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel r, omvatten, indien het gebruik om medische redenen aangewezen is:
 - a. niet-klinisch ingebrachte sondes met toebehoren;
 - b. uitwendige voedingspompen voor enterale voeding met toebehoren.
2. Hulpmiddelen als bedoeld in het eerste lid omvatten geen voedings-, genees- en verbandmiddelen.