



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeringen N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten
Zaak	: Farmaceutische zorg, WLS Forte, vitamine- en mineralentekort na bariatrische chirurgie
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlage 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020
Zaaknummer	: 202001150
Zittingsdatum	: 20 januari 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

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

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 29 juli 2020 heeft verzoekster per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 november 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 13 november 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 18 december 2020 respectievelijk 28 december 2020 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.4. Op 25 november 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020049176) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 24 december 2020 aan partijen gestuurd. Daarbij zijn zij in de gelegenheid gesteld om op het advies van het Zorginstituut te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Vrije Keuze Optifit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen ONVZ Wereldfit en ONVZ Tandfit module C zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft een bariatrische ingreep ondergaan. Na deze ingreep heeft zij een vitaminen- en mineralentekort. Op advies van de behandelend artsen is verzoekster gestart met het gebruik van verschillende voedingssupplementen, waaronder WLS Forte. De nota voor dit middel is bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de betreffende nota van 28 januari 2020 aanvankelijk afgewezen omdat de tenaamstelling onjuist was. Op 19 maart 2020 hebben verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hierover telefonisch contact gehad. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar hierop om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd.
Op 2 april 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat de nota van 28 januari 2020 opnieuw is beoordeeld, maar dat WLS Forte noch ten laste van de zorgverzekering, noch ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering voor vergoeding in aanmerking komt.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Op 28 april 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn standpunt handhaaft.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 juli 2020 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen meegedeeld dat de nota van 28 januari 2020, ten bedrage van € 64,95, alsnog wordt vergoed op basis van coulance. Verzoekster heeft hierna besloten de zaak aan de commissie voor te leggen.
- 3.7. Op 25 november 2020 heeft het Zorginstituut per brief de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op de zorgverzekering, af te wijzen. Ter onderbouwing heeft het Zorginstituut het volgende geconcludeerd:

"Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van WLS Forte ten laste van de basisverzekering, omdat dit product geen geneesmiddel is en niet is opgenomen in het GVS."

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van WLS Forte te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering, de aanvullende ziektekostenverzekering, of op basis van coulance.
- 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 pagina 22 van de 'Algemene regels 2020'.

6. Beoordeling

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

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoekster moet de rest van haar leven voedingssupplementen, waaronder WLS Forte gebruiken. Alle andere middelen, zoals calciumcarbonaat en pantoprazol, die zij sinds de ingreep gebruikt, worden door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Als verzoekster de voedingssupplementen niet zou gebruiken, ontstaan onherroepelijk klachten. Het verhelpen van deze klachten kost vele malen meer dan de vergoeding van WLS Forte. De eenmalig toegezegde coulancevergoeding is niet toereikend.

- 6.3. De vergoeding van geneesmiddelen is geregeld in artikel 2.8 Bzv. Het bepaalde op de pagina's 126 en verder van de 'Algemene regels en vergoedingen 2020' van de ziektekostenverzekeraars hierop gebaseerd. Uit genoemd artikel volgt dat aanspraak bestaat op zowel geregistreerde als niet-geregistreerde geneesmiddelen.
Geregistreerde geneesmiddelen die in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) zijn opgenomen, 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.
Verder 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.
- 6.4. Het door verzoekster gebruikte product WLS Forte is geen geneesmiddel. Het is niet als zodanig opgenomen in Bijlage 1 of 2 Rzv. Er is dan ook geen sprake van een door de Minister van VWS aangewezen, geregistreerd geneesmiddel. Het middel wordt niet door een apotheek bereid en het is verzoekster niet voorgeschreven omdat zij aan een zeldzame ziekte lijdt. Ook als niet geregistreerd geneesmiddel bestaat daarom geen aanspraak op vergoeding.
- 6.5. Het voorgaande betekent dat WLS Forte niet ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed. De stelling van verzoekster dat zij door de bariatrische ingreep afhankelijk is van voedingssupplementen en dat deze ook door de behandelend artsen worden voorgeschreven, maakt het voorgaande niet anders. Hetzelfde geldt voor haar stelling dat het slikken van voedingssupplementen op termijn leidt tot een kostenbesparing voor de ziektekostenverzekeraar. Dit omdat anders door het tekort aan vitaminen en mineralen gebreken kunnen ontstaan.
Met betrekking tot beide stellingen geldt dat voor de beoordeling van een verzoek om verstrekking of vergoeding ten laste van de zorgverzekering beslissend is of de betreffende zorg onder de verzekeringsdekking valt. De verzekerde heeft geen recht op (vergoeding van) zorg die niet onder de dekking van de zorgverzekering valt, ook niet als deze niet verzekerde zorg op termijn tot een kostenbesparing zou kunnen leiden.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.6. Op grond van het bepaalde op de pagina's 131 en 132 van de 'Algemene regels en vergoedingen 2020' van de ziektekostenverzekeraar bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van onder andere zelfzorgmiddelen. Voorwaarde om voor vergoeding in aanmerking te komen is dat de zelfzorgmiddelen worden afgeleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts. Daarnaast geldt als voorwaarde dat de vergoeding alleen van toepassing is gedurende de eerste vijftien dagen óf als de middelen korter dan zes maanden worden gebruikt.
Verzoekster krijgt WLS Forte niet afgeleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts. Daarnaast is door verzoekster verklaard dat zij het middel de rest van haar leven moet gebruiken. Daarmee is aan beide voorwaarden uit de aanvullende ziektekostenverzekering niet voldaan zodat op grond van die verzekering geen aanspraak op vergoeding bestaat.

Coulance

- 6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 juli 2020 verklaard de declaratie van 28 januari 2020 ten bedrage van € 64,95 eenmalig en onverplicht te vergoeden. Voor zover verzoekster de commissie verzoekt te bepalen dat ook toekomstige nota's op die voet moeten worden vergoed,

geldt dat de commissie niet bevoegd is de ziektekostenverzekeraar te verplichten uit coulance - dat wil zeggen in afwijking van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden - een vergoeding toe te kennen. Dit is slechts anders als blijkt dat de ziektekostenverzekeraar in strijd handelt met het eigen coulancebeleid of in geval de ziektekostenverzekeraar in vergelijkbare gevallen wél een coulancevergoeding toekent. Gesteld noch gebleken is dat één van deze situaties aan de orde is.

6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 januari 2021,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Geneesmiddelen basisverzekering

Krijg ik mijn medicijnen vergoed?

Wat u vergoed krijgt

De basisverzekering vergoedt op recept geleverde geneesmiddelen en de diensten van de apotheek die daarbij horen. Soms betaalt u een eigen bijdrage. Hieronder zetten we alles op een rij.

De basisverzekering vergoedt de volgende geneesmiddelen:

1. De door de overheid aangewezen geneesmiddelen die in de Regeling zorgverzekering staan. Bijna alle in Nederland gangbare geneesmiddelen vallen hier onder.
2. Geneesmiddelen die de apotheek op kleine schaal zelf maakt ('magistrale bereidingen') of 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.
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. Ook mag het middel niet onnodig duur zijn. Hoe dat zit bij doorgeleverde bereidingen staat in doorgeleverde (apotheek)bereidingen².

Sommige geneesmiddelen vergoedt de basisverzekering alleen als u aan bepaalde voorwaarden voldoet. Bijvoorbeeld dat u een bepaalde aandoening heeft. Die geneesmiddelen en de voorwaarden staan in bijlage 2¹ van de Regeling zorgverzekering. Voorbeelden hiervan zijn zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers³.

Hoe zit het met mijn geneesmiddel?

Weet u de werkzame stof of de merknaam van uw geneesmiddel? Op medicijnkosten.nl ziet u snel of het geneesmiddel onder de basisverzekering valt. Ook staat daar wat de maximale vergoeding is en of er een eigen bijdrage geldt.

En de eigen bijdrage?

De overheid bepaalt per groep van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, hoeveel wij maximaal mogen vergoeden. Als u een duurder middel kiest, moet u bijbetalen. Dit is de wettelijke eigen bijdrage. U betaalt nooit meer dan € 250 per jaar aan wettelijke bijdragen voor geneesmiddelen. De aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger vergoeden de wettelijke eigen bijdragen tot een maximaal bedrag per kalenderjaar. Daarvoor geldt de vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering.

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Per recept geeft de apotheek u een vaste 'afleverhoeveelheid' mee. Bij een voor u nieuw geneesmiddel is dat bijvoorbeeld de hoeveelheid die u voor 15 dagen nodig heeft of de kleinste verpakking. De afleverhoeveelheden staan bij Goed om te weten.

Mag ik mijn geneesmiddel zelf kiezen?

Vaak wel, maar soms moet u dan bijbetalen. De apotheker geeft u een geneesmiddel op basis van het voorschrift van uw arts. Dat mag niet onnodig duur zijn. Dit middel vergoeden wij. Wilt u een duurder geneesmiddel? Dat kan. Maar dan vergoeden wij de prijs van het goedkopere geneesmiddel. U betaalt de meerkosten zelf.

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

- dieetpreparaten
- voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen
- zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers

¹ Deze vindt u op wetten.overheid.nl

² Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

³ Geneesmiddelen die u zonder recept haalt bij de drogist of apotheek

Dit vergoedt de basisverzekering niet

- geneesmiddelen bij wetenschappelijk onderzoek
- geneesmiddelen die (nog) niet zijn toegelaten

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 geneesmiddelen¹

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%, soms betaalt u een wettelijke eigen bijdrage
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	De eigen bijdrage uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
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 zelf betaalt

Het eigen risico

Deze zorg valt onder de basisverzekering. Daarom geldt het eigen risico. Dat is ook zo als de basisverzekering uw wettelijke eigen bijdragen boven € 250 vergoedt.

De eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen betaalt u een wettelijke eigen bijdrage. Maar totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Daarboven vergoedt de basisverzekering de wettelijke eigen bijdragen.

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 (nurse practitioner) of physician assistant².

Voor sommige geneesmiddelen moet u vooraf toestemming vragen

Sommige geneesmiddelen vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Dit geldt voor de geneesmiddelen die in toestemming geneesmiddelen² staan. Hoe u toestemming vraagt staat ook in toestemming geneesmiddelen.

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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

¹ Zie hiervoor de vergoeding Alternatieve geneeswijzen

² De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

³ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639

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.

U krijgt een vaste 'afleverhoeveelheid' mee

Per recept vergoeden wij de kosten van een geneesmiddel voor:

- 15 dagen of de kleinste afleververpakking, bij een voor u nieuw geneesmiddel
- 15 dagen, bij antibiotica voor een acute aandoening of bij middelen voor chemotherapie (cytostatica)
- maximaal 1 maand, bij slaapmiddelen (hypnotica) en middelen tegen angst (anxiolytica)
- maximaal 3 maanden, bij een geneesmiddel voor een chronische ziekte
- maximaal 1 jaar, bij de anticonceptiepil
- maximaal 1 maand, bij geneesmiddelen duurder dan € 1.000 per maand tijdens de instelperiode van 6 maanden
- maximaal 1 maand in andere gevallen

Valt een geneesmiddel onder meer categorieën? Dan geldt de kortste periode.

Geneesmiddelen aanvullende verzekering

Een aanvulling op de vergoedingen van de basisverzekering.

Wat u vergoed krijgt

De **basisverzekering** vergoedt de meeste geneesmiddelen waarvoor u een recept heeft. Daarvoor geldt de vergoeding Geneesmiddelen basisverzekering. In sommige gevallen betaalt u een eigen bijdrage.

De **aanvullende verzekeringen** Extrafit en hoger vergoeden:

- de eigen bijdrage
- geregistreerde geneesmiddelen die de basisverzekering niet vergoedt
- verbandmiddelen voor een huidaandoening of wond, als ze niet onder de vergoeding Verbandmiddelen vallen

Optifit en hoger vergoeden ook nog:

- zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers
- melatonine van 0,3 mg of meer per eenheid

De terhandstelling en het begeleidingsgesprek van de apotheek¹ vergoeden wij ook.

Extrafit, Benfit, Optifit en Topfit vergoeden per kalenderjaar maximaal het bedrag hieronder. Superfit vergoedt de zorg volledig.

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Dit wordt niet vergoed

- geneesmiddelen en eigen bijdragen waarvoor een terugbetalingsregeling² van de fabrikant geldt
- geneesmiddelen tegen een erectieprobleem
- geneesmiddelen tegen kaalheid
- geneesmiddelen voor vruchtbaarheidsbehandelingen bij Extrafit en Benfit

Andere vergoedingen

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

- homeopathische of antroposofische geneesmiddelen
- vaccinaties en preventieve middelen voor uw (vakantie)reis
- anticonceptiegeneesmiddelen
- zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers
- geneesmiddelen basisverzekering

¹ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/vergoedingen/kosten-apotheekzorg

² Van bepaalde geneesmiddelen kunt u de kosten of uw wettelijke bijdrage bij de fabrikant terugvragen. Wij vergoeden die dan niet. Ook niet als de fabrikant bepaalt dat u eerst bij ons om vergoeding moet vragen. Meer informatie staat op terugbetaalregeling.nl en hevoconsult.nl

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 100 voor eigen bijdragen, geregistreerde geneesmiddelen en verbandmiddelen Max. per kalenderjaar
Benfit	€ 200 voor eigen bijdragen, geregistreerde geneesmiddelen en verbandmiddelen Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 4.540 voor eigen bijdragen, geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen en melatonine Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 4.540 voor eigen bijdragen, geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen, melatonine, zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers Max. per kalenderjaar
Superfit	100% eigen bijdragen, geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen, melatonine, zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor de basisverzekering. Voor de (genees)middelen en zorgdiensten die onder de aanvullende verzekeringen vallen, geldt het eigen risico niet.

De eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen die de basisverzekering vergoedt, betaalt u een wettelijke eigen bijdrage. De aanvullende verzekeringen vergoeden die eigen bijdrage, volgens de voorwaarden die u nu leest. Maar totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Daarboven vergoedt de basisverzekering de wettelijke eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift (recept) hebben van een arts of andere voorschrijver

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

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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

U krijgt een vaste 'afleverhoeveelheid' mee

Per recept vergoeden wij de kosten van een geneesmiddel voor:

- 15 dagen of de kleinste afleververpakking, bij een voor u nieuw geneesmiddel
- 15 dagen, bij antibiotica voor een acute aandoening of bij middelen voor chemotherapie (cytostatica)
- maximaal 1 maand, bij slaapmiddelen (hypnotica) en middelen tegen angst (anxiolytica)
- maximaal 3 maanden, bij een geneesmiddel voor een chronische ziekte
- maximaal 1 jaar, bij de anticonceptiepil

¹ De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

- maximaal 1 maand, bij geneesmiddelen duurder dan € 1.000 per maand tijdens de instelperiode van 6 maanden
 - maximaal 1 maand in andere gevallen
- Valt een geneesmiddel onder meer categorieën? Dan geldt de kortste periode.

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. Dit is bijvoorbeeld zo bij ivf.

Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers

Gebruikt u voor langere tijd zelfzorggeneesmiddelen of maagzuurremmers?

Wat u vergoed krijgt

Zelfzorggeneesmiddelen zijn geneesmiddelen die u ook zonder recept kunt kopen. Wij vergoeden dat soort middelen alleen in bepaalde gevallen, mét recept. Bijvoorbeeld als u een middel lang moet gebruiken.

De **basisverzekering** vergoedt de volgende zelfzorggeneesmiddelen¹, en maagzuurremmers:

1. laxemiddelen
2. kalktabletten
3. middelen bij allergie
4. middelen tegen diarree
5. middelen tegen droge ogen
6. middelen om de maag te legen
7. andere geneesmiddelen dan 1 t/m 6 met dezelfde werkzame stof als die middelen, en dezelfde toedieningsvorm²
8. maagzuurremmers en combinatiepreparaten met een maagzuurremmer

U moet wel aan 3 voorwaarden voldoen:

- u heeft een recept voor het geneesmiddel
- u heeft het geneesmiddel langer dan 6 maanden nodig voor een chronische aandoening. Dit staat op het recept
- u haalt het geneesmiddel bij de apotheek of apotheekhoudende huisarts

De basisverzekering vergoedt deze geneesmiddelen vanaf de 16e dag dat u ze gebruikt.

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers:

- de eerste 15 dagen dat u ze gebruikt
- als u ze korter dan 6 maanden gebruikt

De maximale vergoeding per kalenderjaar staat hieronder. Het bedrag geldt voor de vergoeding die u nu leest en de vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering samen.

Hoe zit het met mijn geneesmiddel?

Weet u de werkzame stof of de merknaam van het geneesmiddel? Op medicijnkosten.nl staat of het onder de basisverzekering valt. En wat de maximale vergoeding is, en of er een eigen bijdrage geldt.

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Let op

Deze vergoeding is een onderdeel van de vergoeding Geneesmiddelen basisverzekering. Wat daar staat, geldt ook voor de zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers. Bijvoorbeeld dat u soms een eigen bijdrage betaalt.

¹ Geneesmiddelen die u zonder recept kunt kopen, ook bij drogist en supermarkt

² Bijvoorbeeld een pil, drankje, zetpil, pleister

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% vanaf 16e dag, soms betaalt u een eigen bijdrage Sommige zelfzorggeneesmiddelen, maagzuurremmers bij chronisch gebruik
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 4.540 voor eerste 15 dagen en tijdelijk gebruik, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
Topfit	€ 4.540 voor eerste 15 dagen en tijdelijk gebruik, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
Superfit	100% eerste 15 dagen en tijdelijk gebruik, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor de zorg die onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico. Dat is ook zo als de basisverzekering uw wettelijke eigen bijdragen boven € 250 vergoedt.

Voor de zorg die onder de aanvullende verzekering valt, geldt geen eigen risico.

De eigen bijdrage

Soms betaalt u een wettelijke eigen bijdrage. De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden die voor een deel of helemaal. De wettelijke eigen bijdragen zijn totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Daarboven vergoedt de basisverzekering de wettelijke eigen bijdragen.

Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift (recept) hebben van een arts of andere voorschrijver

Wij vergoeden zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers alleen als zijn voorgeschreven door de behandelend arts, een medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist (nurse practitioner) of physician assistant¹.

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. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

¹ De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist.

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.
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:
 - a. de op grond van artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
 - b. de op grond van artikel 2.1, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen.
2. In bijlage 2 bij deze regeling worden vermeld:
 - a. categorieën van geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, waarvoor de farmaceutische zorg slechts aflevering van dat geneesmiddel omvat indien voldaan is aan de bij die categorieën vermelde criteria;
 - b. de voorwaarden waaronder en de termijn gedurende welke de farmaceutische zorg, bedoeld in de aanhef van artikel 2.8, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering de geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat.
3. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten behoren slechts tot de farmaceutische zorg indien voldaan is aan onderdeel 1 van bijlage 2 van deze regeling.