



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Farmaceutische zorg, hulpmiddelenzorg, Hylol®-Gel oogdruppels
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2014-2020, artt. 10, 11 en 14 Zvw, 2.1, 2.8 en 2.9 Bzv, 2.5, 2.6 en 2.13 Rzv
Zaaknummer : 201902071
Zittingsdatum : 17 juni 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, L. Ritzema en M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te D,
tegen

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 25 september 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brieven van 21 januari 2020 en 11 maart 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Kopieën van deze brieven zijn aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 28 mei 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020012600) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 29 mei 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 juni 2020 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 18 juni 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 6 juli 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Daarnaast heeft het Zorginstituut in bedoelde brief opgemerkt dat het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat Hylo®-Gel niet wordt beschouwd als een hulpmiddel onjuist is. Een kopie van de brief van het Zorginstituut is op 6 juli 2020 ter kennisname aan partijen gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Univé Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend Beter en Tand Beter (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster kampt al langere tijd met de aandoening keratoconjunctivitis sicca (droge ogen). Dit is het gevolg van een sterk verminderde traanklierfunctie. Zij heeft voorts verschillende operaties aan haar ogen ondergaan, waaronder een hoornvliestransplantatie en een staaroperatie. Verzoekster heeft inmiddels al tientallen jaren klachten en zij ziet slecht. Vanwege haar klachten is zij onder behandeling van een oogarts in het Oogheelkundig Medisch Centrum in Haarlem. Na verschillende middelen te hebben gebruikt is verzoekster uitgekomen bij Hylo®-Gel. Deze bevochtigende oogdruppels geven verzoekster gedurende de dag een zeer prettig gevoel.
- 3.3. Gelet op de goede werking van Hylo®-Gel oogdruppels heeft verzoekster, met ondersteuning van haar oogarts, de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten hiervan te vergoeden ten laste van de

zorgverzekering. Bij brieven van verschillende data, onder andere van 10 december 2018, heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat het verzoek om vergoeding is afgewezen.

- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Op een hernieuwd verzoek, uit oktober 2019, aan de ziektekostenverzekeraar om zijn standpunt te heroverwegen heeft hij niet gereageerd.
- 3.5. Bij brieven van 21 januari 2020 en 11 maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat Hylo®-Gel een geneesmiddel is waarvoor op basis van een individuele uitzondering toestemming door de ziektekostenverzekeraar kan worden verleend. Gebruik makend van deze mogelijkheid is besloten de kosten van Hylo®-Gel oogdruppels in de periode van 6 maart 2020 tot en met 31 maart 2021 te vergoeden.
- 3.6. Bij brief van 30 januari 2020 heeft verzoekster, in reactie op het gewijzigde standpunt van de ziektekostenverzekeraar, de commissie gevraagd de procedure voort te zetten en een uitspraak te doen.
- 3.7. Bij brief van 28 mei 2020 heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op de zorgverzekering, toe te wijzen. Daarnaast heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"Hylo®-Gel is niet geregistreerd als geneesmiddel en betreft ook geen apotheekbereiding. Dit betekent dat Hylo®-Gel niet vergoed kan worden als geneesmiddel ten laste van de basisverzekering, op grond van artikel 2.8 van het Bzv.

(...)

Nu Hylo®-Gel niet als geneesmiddel kan worden vergoed, is de vraag of Hylo®-Gel als hulpmiddel voor vergoeding in aanmerking kan komen ten laste van de basisverzekering en of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding.

Voor het antwoord op de vraag of vergoeding van de kosten van Hylo®-Gel mogelijk is als hulpmiddel op grond van de basisverzekering, is van belang dat:

- Hylo®-Gel valt onder de functiegerichte omschrijving van artikel 2.13 van de Rzv;*
- voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 2.1, tweede lid, van het Bzv;*
- dat verzoekster een functiebeperking heeft als bedoeld in 2.13 van de Rzv;*
- en dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op het hulpmiddel, ingevolge artikel 2.1, derde lid, van het Bzv.*

(...)

Het Zorginstituut concludeert dat Hylo®-Gel oogdruppels voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.

(...)

Bevochtigende oogdruppels met als bestanddeel hyaluronzuur zijn algemeen verkrijgbaar als 'zelfzorgmiddelen'. (...) Zoals eerder aangegeven in het juridische kader, is er in geval van een niet medische reden geen aanleiding om oogdruppels ten laste van de basisverzekering te laten komen.

Bij een medische reden kunnen bevochtigende oogdruppels alleen ten laste komen van de hulpmiddelenzorg, conform artikel 2.13 van de Rzv, als sprake is van een stoornis in de visuele functie, c.q. een stoornis in de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren.

(...)

Op basis van de voorliggende informatie kan geconcludeerd worden dat verzoekster een indicatie heeft voor oogdruppels die hyaluronzuur bevatten. Het feit dat verzoekster zeer frequent haar ogen moet druppelen, maakt dat conserveermiddelvrije oogdruppels in het specifieke geval van verzoekster noodzakelijk zijn."

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar (i) de kosten van Hylo®-Gel oogdruppels ten laste van de zorgverzekering moet vergoeden vanaf 2 april 2017, zonder einddatum, en (ii) bij het vergoeden van de Hylo®-Gel oogdruppels geen gebruik mag maken van een machtiging.
- 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 zorgverzekering.
6. Beoordeling
- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over 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.
- 6.2. Verzoekster voert aan dat zij al langere tijd kampt met droge ogen, hetgeen een gevolg is van een sterk verminderde traanklierfunctie. Na verschillende middelen te hebben gebruikt, waarbij zij onder meer last kreeg van rode en geïrriteerde ogen, is verzoekster uitgekomen bij Hylo®-Gel oogdruppels. Vanwege de goede werking van Hylo®-Gel heeft verzoekster, met ondersteuning van haar oogarts, de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten van deze oogdruppels te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding geweigerd omdat Hylo®-Gel geen geneesmiddel betreft. Dit betekent echter niet dat geen vergoeding kan plaatsvinden. De betreffende oogdruppels zijn te beschouwen als een medisch hulpmiddel. Onder medische hulpmiddelen vallen producten ter correctie van stoornissen in de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren. De vigerende MEDDEV 2.1/3 rev 3, de richtsnoeren voor medische hulpmiddelen, categoriseert kunsttranen niet (langer) onder geneesmiddelen. Hylo®-Gel oogdruppels zijn gebaseerd op hyaluronzuur, geregistreerd als medisch hulpmiddel en ook als zodanig CE-gecertificeerd. Hieruit volgt dat Hylo®-Gel voldoet aan de eisen die worden gesteld in de (Europese) Richtlijn medische hulpmiddelen, te weten Richtlijn 93/42/EEG. De omzetting hiervan heeft in de Nederlandse situatie plaatsgevonden via het Besluit Medische Hulpmiddelen. Andere Europese landen, waaronder Duitsland en Frankrijk, erkennen Hylo®-Gel oogdruppels als medisch hulpmiddel en daar wordt het middel ook als zodanig vergoed.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat Hylo®-Gel geen geregistreerd geneesmiddel is en dat de oogdruppels evenmin vallen onder de zelfzorgmiddelen als bedoeld in artikel 35 van Bijlage 2 Rzv. Ook is geen sprake van rationele farmacotherapie omdat dit middel niet valt onder één van de genoemde categorieën niet-geregistreerde geneesmiddelen. Desalniettemin kan in individuele gevallen een uitzondering worden gemaakt. Op basis hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de kosten van Hylo®-Gel oogdruppels in de periode van 6 maart 2020 tot en met 31 maart 2021 te vergoeden.
- 6.4. De eerste vraag die moet worden beantwoord is of Hylo®-Gel is aan te merken als een farmaceutisch product en als zodanig moet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Met betrekking hiertoe geldt dat Hylo®-Gel niet is geregistreerd als geneesmiddel. Voorts is Hylo®-Gel geen apotheekbereiding. Daarom moet voornoemde vraag ontkennend worden beantwoord. Hierbij merkt de commissie voorts nog op dat volgens het advies van het Zorginstituut van 28 mei 2020, op basis van de vigerende MEDDEV 2.1/3 rev. 3, de conclusie dat kunsttranen worden beschouwd als geneesmiddel, niet meer kan worden getrokken.

- 6.5. Gelet op het door verzoekster ingenomen standpunt moet vervolgens worden nagegaan of Hylo®-Gel oogdruppels kunnen worden beschouwd als een (medisch) hulpmiddel. Hierbij zijn de volgende vragen relevant:
- (i) valt Hylo®-Gel onder de functiegerichte omschrijving van artikel 2.13 Rzv;
 - (ii) voldoet het middel aan de stand van wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 2.1, tweede lid, Bzv;
 - (iii) heeft verzoekster een functiebeperking heeft als bedoeld in 2.13 Rzv;
 - (iv) is verzoekster redelijkerwijs aangewezen op het hulpmiddel?
- 6.6. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 28 mei 2020 geconcludeerd dat Hylo®-Gel oogdruppels hyaluronzuur bevattende oogdruppels zijn die zijn bedoeld om het oog te bevochtigen. Bevochtigende oogdruppels/kunstranen kunnen onder de functiegerichte omschrijving van artikel 2.13 Rzv vallen. Daarnaast heeft het Zorginstituut in zijn advies vastgesteld dat Hylo®-Gel oogdruppels voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en dat er geen reden is te twijfelen aan de effectiviteit van hyaluronzuur toegepast bij droge ogen. Daarmee is aan voorwaarden (i) en (ii) voldaan.
- 6.7. Met betrekking tot (iii) en (iv) geldt dat bevochtigende oogdruppels met als bestanddeel hyaluronzuur in het algemeen verkrijgbaar zijn als 'zelfzorgmiddelen'. Voor het recht op vergoeding is van belang met welke reden de betreffende oogdruppels worden gebruikt. In geval een medische indicatie ontbreekt en daarmee een medische reden (zoals droge ogen door beeldschermwerk) bestaat geen aanspraak op vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Is wel een medische reden aanwezig, dan kunnen bevochtigende oogdruppels conform artikel 2.13 Rzv alleen ten laste komen van de hulpmiddelenzorg als sprake is van een stoornis in de visuele functie, c.q. een stoornis in de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog.
- 6.8. De oogarts van verzoekster heeft op 31 maart 2017 verklaard dat verzoekster pijnlijke droge ogen heeft op basis van keratoconjunctivitis sicca met slijmvliesdefecten van de conjunctiva en van de rand van het hoornvliestransplantaat. Vanwege de afwijking van het conjunctivale slijmvlies en de uitgevoerde hoornvliestransplantatie is verzoekster geadviseerd Hylo®-Gel met gezuiverd hyaluronzuur te gebruiken en haar ogen zeer frequent te druppelen. Op basis van deze informatie concludeert het Zorginstituut in zijn advies van 28 mei 2020 dat verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft en is aangewezen op conserveermiddelvrije oogdruppels met (alleen) hyaluronzuur. Daarom adviseert het Zorginstituut tot toewijzing van het verzoek. De commissie ziet geen aanleiding van dit advies af te wijken en bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van Hylo®-Gel oogdruppels te vergoeden.
- 6.9. Verzoekster heeft de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan haar de vanaf 2 april 2017 gemaakte én de nog te maken kosten van Hylo®-Gel oogdruppels dient te vergoeden. Ten tijde van het ontstaan van het geschil in 2017 was de hulpmiddelenzorg al functioneel omschreven en artikel 2.13 Rzv is op dit punt sindsdien niet gewijzigd. Het beoordelingskader is dus sinds de datum van de aanvraag van 2 april 2017 ongewijzigd. Tevens is niet bestreden dat verzoekster toen reeds een (verzekerings)indicatie had voor de oogdruppels. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van Hylo®-Gel vanaf 2 april 2017 moet vergoeden.
- 6.10. Voor zover het verzoek de vergoeding van Hylo®-Gel oogdruppels in de toekomst betreft, geldt dat op basis van de huidige wet- en regelgeving aanspraak bestaat op Hylo®-Gel oogdruppels ten laste van de zorgverzekering. Eventuele wijzigingen in de toepasselijke regelgeving en de verzekeringsvoorwaarden kunnen echter ertoe leiden dat de betreffende oogdruppels in de toekomst niet langer voor vergoeding in aanmerking komen. Daarnaast kan de medische situatie van verzoekster veranderen. Dit kan de commissie thans niet voorzien. Daarom oordeelt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van Hylo®-Gel oogdruppels moet vergoeden zolang de toepasselijke regelgeving en de verzekeringsvoorwaarden niet wijzigen en verzoekster hiervoor een (verzekerings)indicatie heeft.

6.11. Verzoekster heeft de commissie tevens gevraagd te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar bij het vergoeden van de Hylo®-Gel oogdruppels ten laste van de zorgverzekering geen machtigingseis mag hanteren.

Hiertoe overweegt de commissie dat het een zorgverzekeraar vrij staat in zijn modelovereenkomst op te nemen dat bij bepaalde vormen van zorg voorafgaande toestemming moet worden gevraagd. Dit volgt uit de Memorie van toelichting bij de Zvw, in het bijzonder bij artikel 14. Hierbij wordt de kanttekening gemaakt dat een verzoek om toestemming uitsluitend op zorginhoudelijke gronden wordt beoordeeld. Uit het voorgaande is tevens af te leiden dat een zorgverzekeraar mag bepalen voor welke periode en in welke vorm hij toestemming verleent.

In artikel 17.1 van de verzekeringsvoorwaarden is een limitatieve lijst van hulpmiddelen opgenomen die onder voorwaarden worden vergoed. Dit geldt onder meer voor gezichtshulpmiddelen. Artikel 17.2 van de verzekeringsvoorwaarden verwijst voor de machtigingseis (akkoordverklaring) naar het Reglement Hulpmiddelen waarin per hulpmiddel is bepaald of een machtigingseis geldt.

Oogdruppels zijn niet op deze lijst vermeld. Daarnaast ter zitting door de commissie gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar niet kunnen toelichten waarop hij de eis van voorafgaande toestemming baseert. Nu dit ten aanzien van Hylo®-Gel oogdruppels kennelijk niet door de ziektekostenverzekeraar is geregeld, mag hij deze eis niet stellen.

6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- 1) de ziektekostenverzekeraar de kosten van Hylo®-Gel oogdruppels moet vergoeden vanaf 2 april 2017, zolang de verzekeringsvoorwaarden en de onderliggende regelgeving op dit punt niet wijzigen en verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft, zonder dat de ziektekostenverzekeraar daarvoor een machtigingseis mag hanteren;
- 2) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden;
- 3) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 8 juli 2020,



L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Informatie over gecontracteerde zorgaanbieders

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

Wie mag de hulpmiddelen en verbandmiddelen leveren

Een zorgaanbieder voor hulpmiddelen.

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.

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

IncontinentieZorgService voor vrouwen

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

De kosten van de IncontinentieZorgService en de persoonlijke begeleiding komen ten laste van uw zorgverzekering. De kosten hiervan worden in mindering gebracht op het verplicht en/of vrijwillig eigen risico van de zorgverzekering.

Bruikleen

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten en het betreft een bruikleenhulpmiddel? Dan bedraagt de vergoeding maximaal 80% van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten die wij zouden hebben betaald voor verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen.

Eigen bijdrage/maximale vergoeding

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

Verwijsbrief

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

Toestemming

U hebt voor de eerste aanschaf van een hulpmiddel of verbandmiddel altijd voorafgaande toestemming nodig. Wij beoordelen of u voldoet aan de gestelde voorwaarden. Hierbij beoordelen wij of u bent aangewezen op het hulpmiddel of verbandmiddel. Ook bekijken wij of het hulpmiddel doelmatig is en niet onnodig kostbaar. U vindt in het Reglement hulpmiddelen Univé per hulpmiddel of u voor vervanging of reparatie van het hulpmiddel ook voorafgaande toestemming nodig hebt.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? Uw zorgaanbieder beoordeelt voor ons of u voldoet aan de voorwaarden. Voor sommige hulpmiddelen is afgesproken dat wij de aanvraag beoordelen. In dat geval stuurt de zorgaanbieder uw aanvraag naar ons door.

Als u om privacyoverwegingen niet wilt dat de zorgaanbieder uw aanvraag beoordeelt, kunt u ons de aanvraag ook rechtstreeks sturen.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? U moet ons dan zelf voorafgaande toestemming vragen. Wilt u bij de aanvraag de offerte van het hulpmiddel en de toelichting van de voorschrijver meesturen?

Voorin deze voorwaarden vindt u waar u de aanvraag naar toe kunt sturen.

Bijzonderheden

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

U vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen Univé op onze website.

moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

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

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

Recept (voorschrift)

Diëtist, huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voorafgaande toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming, kan uw arts of diëtist een artsenverklaring van www.znformulieren.nl downloaden en invullen.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan het door uw arts of diëtist ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren. Uw zorgaanbieder beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw zorgaanbieder wilt inleveren, 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 artsenverklaring rechtstreeks naar ons te (laten) sturen. Kijk voor het adres voor in de voorwaarden of op onze website. De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Bijzonderheden

U hebt geen recht op dieetproducten.

Dieetproducten (geen vergoeding)

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

HULPMIDDELENZORG

ARTIKEL 33. HULPMIDDELEN EN VERBANDMIDDELEN

Omschrijving

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

De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvangt u in eigendom. Krijgt u het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van u. Andere hulpmiddelen ontvangt u in bruikleen. Bruikleen betekent dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

In het Reglement hulpmiddelen Univé vindt u de volgende informatie:

- of u het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen krijgt;
- de kwaliteitseisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen;
- of u een verwijzing nodig hebt en zo ja, van wie;
- of u voorafgaande toestemming nodig hebt (voor eerste aanschaf, herhaling of reparatie);
- gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- maximum te leveren aantallen/stuks. Deze aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- bijzonderheden zoals maximale vergoedingen of wettelijke eigen bijdragen.

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

Bijzonderheden

1. U hebt geen recht op:
 - farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
 - farmaceutische zorg met betrekking tot een geneesmiddel dat geen verzekerde zorg is;
 - voorlichting farmaceutische zelfmanagement voor patiëntengroep;
 - advies farmaceutische zelfzorg;
 - advies gebruik receptplichtige geneesmiddelen tijdens reis;
 - advies ziekerisico bij reizen;
 - preventieve reisgeneesmiddelen en reisvaccinaties;
 - geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
 - geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.
2. Geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 5 van de Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.
3. Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname of polikliniekbezoek en farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.

Anticonceptiemiddelen

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

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

Ongeacht uw leeftijd, hebt u recht op het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje of implanonstaafje door de huisarts of medisch specialist.

U vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement farmaceutische zorg Univé op onze website.

ARTIKEL 32. 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, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of;
- e. daarop bent aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Voorkeursdrinkvoeding (voorkeursproducten)

Wij kunnen voor enkele groepen drinkvoeding waarop u recht hebt op basis van dit artikel, voorkeursproducten selecteren. Het gaat om de volgende groepen drinkvoeding:

- energieverrijkt en laag eiwit;
- energieverrijkt middel eiwit;
- energie- en eiwitverrijkt;
- energieverrijkt met vezel.

Er is dan voorkeur voor lager geprijsde drinkvoeding (van bepaalde fabrikant en/of merk).

U vindt de door ons geselecteerde drinkvoeding in het Reglement farmaceutische zorg Univé. Wij kunnen de lijst met geselecteerde drinkvoedingen (voorkeursproducten) op ieder moment wijzigen. U ontvangt hierover van ons informatie. U hebt recht op de drinkvoeding zoals vermeld op het recept (voorschrift).

Uw voordeel

Gaat u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder en gebruikt u de door ons geselecteerde voorkeurs drinkvoeding, dan hebt u een voordeel. Het verplicht en vrijwillig eigen risico gelden dan namelijk niet.

Wie mag de dieetpreparaten leveren

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

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

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf

aanspraak op de door ons aangewezen geneesmiddelen. Maakt u toch gebruik van niet-preferente geneesmiddelen, dan worden deze in principe niet vergoed. Alleen als uw arts aangeeft dat behandeling met het preferente middel voor u medisch niet verantwoord is, hebt u recht op een ander geneesmiddel.

Wij kunnen de lijst met aangewezen geneesmiddelen op ieder moment wijzigen. U ontvangt hierover van ons informatie.

Preferentiebeleid

Preferentie betekent letterlijk voorkeur. Bij geneesmiddelen wil dat zeggen dat er voorkeur is voor lager geprijsde geneesmiddelen. Wij kunnen binnen een groep van gelijke geneesmiddelen (met dezelfde werkzame stof) een voorkeursgeneesmiddel aanwijzen. U vindt deze aangewezen voorkeursmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg Univé. Het verplicht en vrijwillig eigen risico geldt niet voor deze voorkeursgeneesmiddelen.

Zelfzorgmiddelen:

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

Niet-geregistreerde geneesmiddelen:

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

U hebt recht op de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

- apothekerbereidingen;
- 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.

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.

Eigen bijdrage

U bent voor sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.

Eigen bijdrage geneesmiddelen

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

Recept (voorschrift)

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

Toestemming

Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. Deze voorwaarden zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal van de geneesmiddelen op bijlage 2 hebt u van ons voorafgaande toestemming nodig. De geneesmiddelen waarvoor u toestemming nodig hebt, kunt u vinden in het Reglement farmaceutische zorg Univé. Wij kunnen deze lijst tussentijds aanpassen. U ontvangt hierover informatie.

Voor het aanvragen van toestemming kan uw arts een artsverklaring 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 wil inleveren, 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 voorafgaande toestemming vragen door de artsverklaring rechtstreeks bij ons in te dienen. Kijk voor het adres voor in de voorwaarden of 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

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

ARTIKEL 30. PROTHETISCHE VOORZIENINGEN VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER

Omschrijving

U hebt recht op een gebitsprothese (uitneembare volledige gebitsprothese) voor de boven- en/of onderkaak. U hebt ook recht op het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of tandprotheticus.

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

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

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de kosten. U bent geen eigen bijdrage verschuldigd voor het repareren en rebasen van uw gebitsprothese.

Toestemming

- U hebt voorafgaande toestemming nodig als de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de gebitsprothese hoger zijn dan:
 - € 675 voor een boven- of onderkaak;
 - € 1.350 voor een boven- en onderkaak samen.
 - U hebt voorafgaande toestemming nodig als u uw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen.
- De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Eigen bijdrage gebitsprothese

U hebt recht op een gebitsprothese (kunstgebit) voor de boven- en/of onderkaak. U betaalt een eigen bijdrage van 25% van de kosten. De kosten van het trekken van tanden en kiezen komen niet voor vergoeding in aanmerking maar worden mogelijk wel vergoed als u een aanvullende (tandarts)verzekering hebt.

U hebt recht op een implantaat voor een kunstgebit als u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt. Kijk hiervoor in artikel 29.2. U betaalt in dit geval een eigen bijdrage van € 125 per kaak in plaats van een eigen bijdrage van 25% van de kosten.

Let op: naast een eigen bijdrage kan ook een eigen risico van toepassing zijn.

FARMACEUTISCHE ZORG

ARTIKEL 31. 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;
- eerste terhandstellingsgesprek;
- instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel;
- medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelgebruik.

Geregistreerde geneesmiddelen:

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

Preferente geneesmiddelen (voorkeursgeneesmiddelen):

wij kunnen geneesmiddelen uit bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering aanwijzen als preferente geneesmiddelen. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg Univé. Als wij voor bepaalde werkzame stoffen met specifieke toedieningsweg bepaalde geneesmiddelen hebben aangewezen en andere geneesmiddelen met specifieke werkzame stof en specifieke toedieningsweg niet, hebt u

Omschrijving hulpmiddel	Eigendom/buikleen	Kwaliteits-eisen waaraan zorgaanbieder moet voldoen	Verwijzing door	Toestemming gecontracteerde zorgaanbieder	Toestemming niet-gecontracteerde zorgaanbieder	Andere belangrijke voorwaarden en bijzonderheden
Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie (artikel 2.13 Regeling zorgverzekering)						
Hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren, zoals:						
lenzen; contactlenzen, corneale lenzen en bandagelenzen met een visus-corrigerende werking	eigendom	optometrist	behandelend oogarts	U moet zelf bij ons toestemming vragen voor de eerste aanschaf. Als uw hulpmiddel vervangen moet worden kunt u bij de zorgaanbieder terecht.	U moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf en vervanging.	<p>Bijzonderheden</p> <p>U hebt alleen recht op (vergoeding van de kosten van) lenzen als u voldoet aan de criteria van de Regeling zorgverzekering. U hebt alleen recht op (vergoeding van de kosten van) lenzen als er een aantoonbare meerwaarde is ten opzichte van een bril.</p> <p>Bent u jonger dan 18 jaar? Dan hebt u recht op:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lenzen als er sprake is van pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën; - brillenglazen of filterglazen als u: <ul style="list-style-type: none"> - een indicatie hebt voor lenzen, maar het dragen van lenzen niet de voorkeur heeft; - aan één of beide ogen bent geopereerd vanwege een lensafwijking, of; - lijdt aan zuivere accommodatieve esotropie. <p>Eigen bijdrage</p> <p>U bent een eigen bijdrage verschuldigd van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - € 54,50 per lens als u de lenzen langer dan 1 jaar gebruikt; - € 109 per kalenderjaar als u de lenzen korter dan een jaar gebruikt; - € 54,50 per kalenderjaar als het gaat om gebruik van een lens met een gebruiksduur korter dan 1 jaar; - € 54,50 per brillenglas met een maximum van € 109 per kalenderjaar.
bijzondere optische hulpmiddelen, ptosisbrillen en kappenbrillen	bruikleen	optometrist	gecontracteerde zorgaanbieder/behandelend oogarts	De gecontracteerde zorgaanbieder beoordeelt of u aan de voorwaarden voldoet. Als uw hulpmiddel gerepareerd of vervangen moet worden kunt u bij de zorgaanbieder terecht.	U moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf en vervanging.	
kijkersystemen en op de bril bevestigde telescopen voor veraf of dichtbij	bruikleen	optometrist	gecontracteerde zorgaanbieder/behandelend oogarts	De gecontracteerde zorgaanbieder beoordeelt of u aan de voorwaarden voldoet. Als uw hulpmiddel gerepareerd of vervangen moet worden kunt u bij de zorgaanbieder terecht.	U moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf en vervanging.	
Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het lezen, schrijven of gebruik van telecommunicatieapparatuur, zoals:						
tafel- en statiefloepen	bruikleen		gecontracteerde zorgaanbieder/behandelend oogarts	De gecontracteerde zorgaanbieder beoordeelt of u aan de voorwaarden voldoet. Als uw hulpmiddel gerepareerd of vervangen moet worden kunt u bij de zorgaanbieder terecht.	U moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	
in- en uitvoerapparatuur	bruikleen		gecontracteerde zorgaanbieder/behandelend arts	De gecontracteerde zorgaanbieder beoordeelt of u aan de voorwaarden voldoet. Als uw hulpmiddel gerepareerd of vervangen moet worden kunt u bij de zorgaanbieder terecht.	U moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen

worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.

2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in het Interimbesluit forensische zorg.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
 - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
 - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
 - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet, of
 - 3°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
 - c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
2. Farmaceutische zorg omvat geen:
 - a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
 - b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
 - c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
 - e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet.
3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.
4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.

5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.

In die ministeriële regeling wordt tevens de aanvraagprocedure voor de aanwijzing geregeld, worden regels gesteld met betrekking tot de systematiek van de indeling in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen en worden regels gesteld met betrekking tot de vaststelling van een vergoedingsslimiet 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 vergoedingsslimiet kan worden herberekend of buiten werking kan worden gesteld.

Artikel 2.9

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.5

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

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

(...)

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

(...)

Artikel 2.13

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