



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Farmaceutische zorg, hulpmiddelenzorg, VitA-POS® oogzalf, machtiging

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.8 en 2.9 Bzv, 2.5, 2.6, 2.13 en Bijlage 1 en 2 Rzv

Zaaknummer : 201902344

Zittingsdatum : 2 september 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

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

1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 30 oktober 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 23 januari 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 27 januari 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 1 mei 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020004614) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 4 mei 2020 aan partijen gestuurd. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar bij die gelegenheid gevraagd het door het Zorginstituut geadviseerde nader onderzoek te verrichten en haar uiterlijk 25 mei 2020 te informeren over de uitkomst hiervan.
- 2.4. Op 4 mei 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie per brief geïnformeerd dat hij het gevraagde nader onderzoek niet kan uitvoeren zonder expliciete toestemming van verzoekster. Een kopie van deze brief is op 7 mei 2020 aan verzoekster gestuurd. In reactie hierop heeft verzoekster de commissie bij e-mailbericht van 11 mei 2020 een verklaring van de oogarts gezonden. Verder heeft verzoekster de commissie gevraagd de procedure voort te zetten. Een kopie van deze reactie is op 12 mei 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 juni 2020 nogmaals bericht dat hij zonder de gevraagde toestemmingsverklaring het nader onderzoek niet kan uitvoeren.
- 2.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 september 2020 gehoord.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de reacties van 11 mei en 30 juni 2020 zijn op 15 september 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 30 september 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat zij niet bevoegd is een advies uit te brengen, omdat het geschil zich toespitst op het al dan niet kunnen afgeven van een machtiging voor bepaalde duur. Een kopie van de brief van het Zorginstituut is op 1 oktober 2020 aan partijen gezonden, die daarbij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Op 8 oktober 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend*** en Extra Aanvullend KBO-PCOB (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster kampt met een oogaandoening, te weten Meibomklierdysfunctie. Als gevolg van deze aandoening raken de talgklierjes (Meibomklierjes) verstopt waardoor het traanvocht op het oogoppervlak te snel verdampt en zij last krijgt van pijnlijke droge ogen. Sinds enkele jaren gebruikt verzoekster VitA-POS® oogzalf. Zij gebruikt deze zalf met name 's nachts omdat de klachten dan het ergst zijn.
- 3.3. Gelet op de goede werking van VitA-POS® oogzalf heeft verzoekster, met ondersteuning van haar huisarts, de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten hiervan te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Bij brief van 4 oktober 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster meegedeeld dat het verzoek om vergoeding is afgewezen.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Hierop heeft verzoekster van de ziektekostenverzekeraar geen reactie ontvangen.
- 3.5. Bij brief van 1 mei 2020 heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten verrichten. Ter onderbouwing heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"VitA-POS® oogzalf is niet geregistreerd als geneesmiddel en betreft ook geen apotheekbereiding. Dit betekent dat VitA-POS® oogzalf niet vergoed kan worden als geneesmiddel ten laste van de basisverzekering op grond van artikel 2.8 van het Bzv. Uit de informatie in het dossier blijkt dat VitA-POS® oogzalf een CE gemarkeerd hulpmiddel is sinds 2002.

(...)

Nu VitA-POS® oogzalf niet als geneesmiddel kan worden vergoed, is de vraag of VitA-POS® oogzalf 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 VitA-POS® oogzalf mogelijk is als hulpmiddel op grond van de basisverzekering, is van belang dat:

*- VitA-POS® oogzalf 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 hierop redelijkerwijs is aangewezen ingevolge artikel 2.1, derde lid, van het Bzv.

(...)

Indifferente oogzalf, bestaande uit paraffine, wolvet en witte vaseline, zoals opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem, voldoet, indien toegepast bij droge ogen, aan de stand van de wetenschap en praktijk.

De conclusie is dat VitA-pos® oogzalf kan worden beschouwd als indifferente oogzalf met toevoeging van 250 IE/g retinol palmitaat. Deze toevoeging heeft geen effect in de behandeling van droge ogen en heeft dan ook geen aangetoonde meerwaarde ten opzichte van indifferente oogzalf zonder retinol palmitaat. Hoewel de toevoeging van 250 IE/g retinol palmitaat aan de indifferente oogzalf geen effect heeft, is er geen reden om te concluderen dat VitA-pos® oogzalf geen positief effect zou hebben op droge ogen, nu de (basis)ingrediënten paraffine, wolvet en witte vaseline wel effectief zijn.

(...)

Aan 'droge ogen' kunnen verschillende stoornissen van functies van aan het oog verwante structuren ten grondslag liggen, zoals onvoldoende traanproductie (bijvoorbeeld door de ziekte van Sjögren), slechte kwaliteit van de traanfilm (door stoornissen in de traan producerende klieren, waaronder meibomklier dysfunctie) of verhoogde uitdroging (bijvoorbeeld door beschadiging of verlamming van het ooglid waardoor het oog niet goed gesloten kan worden).

Bij externe factoren, zoals beeldschermwerk (waardoor minder oogknipperen), droge lucht en het dragen van contactlenzen is geen sprake van droge ogen als gevolg van een stoornis in de functie van aan het oog verwante structuren.

(...)

Gelet op al het voorgaande adviseert het Zorginstituut u om nader onderzoek te laten verrichten met inachtneming van het vorenstaande. Wanneer blijkt dat bij verzoekster inderdaad sprake is van een meibomklier dysfunctie en zij daarmee redelijkerwijs is aangewezen op VitA-POS® oogzalf, dan is het aan verweerder om te beoordelen of de verstrekking ook doelmatig is."

- 3.6. Verzoekster heeft op 11 mei 2020 een ongedateerde verklaring van haar oogarts overgelegd waarin deze het volgende verklaart:

"[Naam verzoekster] heeft een Meibomklierdysfunctie. Als gevolg daarvan raken de talgkliertjes (Meibomkliertjes) in de ogen van [naam verzoekster] heel snel verstopt. Haar ogen maken onvoldoende traanvocht aan. [Naam verzoekster] heeft daarom last van chronisch droge ogen.

Ik behandel [naam verzoekster] al meer dan tien jaar voor haar oog-gerelateerde klachten die verband houden met de Meibomklierdysfunctie aan haar ogen. Om de klachten die zij overdag heeft te verlichten, gebruikt zij Hylo-Dual. In het verleden gebruikte [naam verzoekster] onder meer dit product ook 's nachts, maar dit bood onvoldoende soelaas voor [naam verzoekster]. 's Nachts, wanneer de ogen gesloten zijn, hebben haar ogen namelijk baat bij een wat vetter product (dat overdag niet gebruikt kan worden, omdat dit het zicht vertroebelt). Wanneer [naam verzoekster] 's nachts geen of een ongeschikt product gebruikt, heeft zij 's nachts veel last van pijnlijke ogen en kan zijn 's ochtends vanwege de pijn en schraalheid nauwelijks haar ogen openen.

Na consultatie van dr. [naam], optometrist en gespecialiseerd in de zorg voor mensen met ernstig droge ogen, is [naam verzoekster] ongeveer vier jaar geleden gebruik gaan maken van VitA-POS. Dit is een zeer vette zalf die specifiek bedoeld is om 's nachts verlichting te bieden aan patiënten die kampen met (zeer) droge ogen, zoals [naam verzoekster]. [Naam verzoekster] heeft veel baat bij dit product. VitA-POS voorkomt dat de ogen van [naam verzoekster] vastplakken waardoor zij haar ogen in de ochtend lastig kan openen. Ook voorkomt het pijn en schraalheid aan de ogen. [Naam verzoekster] gebruikt VitA-POS kortom met veel tevredenheid en kan feitelijk geen dag zonder. VitA-POS biedt als enige product een adequate behandeling voor de klachten van [naam verzoekster]."

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft, na wijziging van haar verzoek, aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van VitA-POS® oogzalf vanaf 1 april 2017 aan haar moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering, zonder einddatum en zonder toepassing van een machtigingseis.

- 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 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

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

- 6.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 maart 2020 voor de periode van 1 april 2017 tot en met 31 maart 2023 een machtiging afgegeven voor gebruik van VitA-POS® oogzalf. Hieruit, en uit hetgeen partijen tijdens de hoorzitting hebben verklaard, volgt dat verzoekster en de ziektekostenverzekeraar niet langer erover verdeeld zijn of VitA-POS® oogzalf is aan te merken als een hulpmiddel als omschreven in artikel 2.13, eerste lid, onder a, Rzv. Het product behoort tot de 'uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie'. Verder staat vast dat verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft voor VitA-POS® oogzalf. Hetgeen partijen thans nog verdeeld houdt is of de ziektekostenverzekeraar een toestemmingseis mocht hanteren en of hij een machtiging voor bepaalde tijd aan verzoekster mocht verstrekken. Tijdens de hoorzitting heeft verzoekster de commissie gevraagd hierover een uitspraak te doen.
- 6.3. De commissie merkt op dat een dergelijk verzoek, gelet op artikel 6, vierde lid, van het reglement van de commissie eigenlijk te laat is. Omdat de ziektekostenverzekeraar echter geen bezwaar heeft gemaakt tegen de wijziging van het verzoek in dit late stadium zal de commissie dit punt verder later rusten en overgaan tot een inhoudelijke beoordeling van het geschilpunt.


Standpunten van partijen

- 6.4. Verzoekster voert ter zake het volgende aan. Uit de Memorie van Toelichting bij artikel 14 Zvw volgt dat een zorgverzekeraar slechts in die gevallen een toestemmingseis mag hanteren als duidelijk in de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen wanneer dit geldt. Dat betekent dat de ziektekostenverzekeraar in de verzekeringsvoorwaarden of het reglement hulpmiddelen de toestemmingseis expliciet moet opnemen. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar niet gedaan. In artikel 4.3 van het reglement is een limitatieve omschrijving van hulpmiddelen vermeld, waarvoor een toestemmingseis geldt. Vita-POS®-oogzalf wordt hierbij niet genoemd. Overigens staat op de website van de ziektekostenverzekeraar dat als niet is vermeld dat toestemming noodzakelijk is, deze ook niet hoeft te worden gevraagd. Door in dit geval toch een toestemmingseis te hanteren, handelt de ziektekostenverzekeraar in strijd met artikel 14 Zvw en de eigen voorwaarden. Verder geldt dat de medische situatie van verzoekster niet zal verbeteren. Als vanzelfsprekend kan de aanspraak op VitA-POS® wél wijzigen, indien de toepasselijke regelgeving of de verzekeringsvoorwaarden veranderen. Dit rechtvaardigt echter op dit moment het gebruik van een toestemmingseis niet.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar erkent dat uit de Memorie van Toelichting bij artikel 14 Zvw volgt dat een eventuele toestemmingseis in de verzekeringsvoorwaarden moet zijn opgenomen. Echter, hulpmiddelen zijn functiegericht beschreven. Als gevolg hiervan kunnen hulpmiddelen lopende het jaar relatief gemakkelijk gaan behoren tot het verzekerde pakket. Het is voor de ziektekostenverzekeraar om die reden niet mogelijk in de verzekeringsvoorwaarden een limitatieve lijst met hulpmiddelen waarvoor een toestemmingseis geldt op te nemen. In het geval van VitA-POS® oogzalf is pas sinds kort duidelijk geworden dat dit product als hulpmiddel moet worden aangemerkt. De ziektekostenverzekeraar is nog niet in staat geweest zijn verzekeringsvoorwaarden hierop aan te passen.



Verder heeft de ziektekostenverzekeraar het beleid dat bij langdurige zorg een machtiging wordt afgegeven voor een maximale duur van drie jaren. Dit geeft de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid periodiek te toetsen of een bepaalde vorm van zorg nog steeds tot het verzekerde pakket behoort en of de verzekerde hierop nog steeds is aangewezen. Als het niet is toegestaan een machtiging voor bepaalde tijd af te geven, is het voor de ziektekostenverzekeraar niet mogelijk deze toets uit te voeren.

Oordeel van de commissie

- 6.6. De commissie overweegt het volgende.
De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 maart 2020 bevestigd dat hij de kosten van HyloComod® uit de basisverzekering vergoedt. Naar de commissie begrijpt doelt de ziektekostenverzekeraar hierbij evenwel op de vergoeding van VitA-POS® oogzalf. In de betreffende brief heeft de ziektekostenverzekeraar voorts vermeld: 'De goedkeuring duurt van 1 april 2017 tot en met 31 maart 2023.' De term 'goedkeuring' komt in de verzekeringsvoorwaarden van de ziektekostenverzekeraar niet voor. Tijdens de hoorzitting en in zijn brieven heeft de ziektekostenverzekeraar in plaats daarvan de term 'machtiging' gebruikt. Volgens de definitie in het Reglement hulpmiddelen is een machtiging 'een schriftelijke of digitale toestemming die wij vooraf verlenen aan een verzekerde en/of leverancier'.
- 6.7. De ziektekostenverzekeraar maakt in dit verband onderscheid al naar gelang de verzekerde zich wendt tot een gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorgaanbieder.
In het eerste geval bepaalt de gecontracteerde leverancier of (nog) aanspraak bestaat. In het tweede geval dient volgens de verzekeringsvoorwaarden de ziektekostenverzekeraar vooraf om toestemming te worden gevraagd, waarna deze bepaalt of (nog) aanspraak bestaat.
Op 17 maart 2020 is aan verzoekster een machtiging afgegeven voor de periode van 1 april 2017 tot en met 31 maart 2023. Deze machtiging kan eerder worden ingetrokken als (i) de overheid besluit dat VitA-POS® niet langer verzekerde zorg is, of (ii) de polisvoorwaarden wijzigen. Daarnaast zal op het moment dat de einddatum van 31 maart 2023 in zicht komt opnieuw worden beoordeeld of nog aanspraak bestaat.
- 6.8. Gelet op de Memorie van Toelichting bij de Zvw, in het bijzonder die bij artikel 14, staat het een zorgverzekeraar vrij in zijn modelovereenkomst op te nemen dat bij bepaalde vormen van zorg voorafgaande toestemming moet worden gevraagd. Hierbij wordt de kanttekening geplaatst dat een verzoek om toestemming slechts op zorginhoudelijke gronden wordt beoordeeld, waardoor de verzekerde recht behoudt op alle verzekerde prestaties die in de zorgverzekering moeten zijn opgenomen. Uit het voorgaande is tevens af te leiden dat een zorgverzekeraar mag bepalen voor welke periode en in welke vorm hij toestemming verleent.
Noch in de verzekeringsvoorwaarden noch in het Reglement Hulpmiddelen is geregeld dat ten aanzien van VitA-POS® oogzalf voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar noodzakelijk is. Daarom mag hij deze eis niet stellen. De omstandigheid dat de ziektekostenverzekeraar pas in 2020 wist dat VitA-POS® oogzalf verzekerde zorg is, is een omstandigheid die voor rekening van de ziektekostenverzekeraar dient te blijven. De wetgever heeft immers niet méér geregeld dan dat een toestemmingseis kán worden opgenomen, en niet dat een ziektekostenverzekeraar hiertoe ook verplicht is. Hierbij speelt voorts geen rol dat een toestemmingseis bij hulpmiddelenzorg gebruikelijk is of noodzakelijk is om een periodieke beoordeling te kunnen uitvoeren. Indien deze aspecten voor de ziektekostenverzekeraar doorslaggevend waren, had hij kunnen besluiten het product vooralsnog zonder meer te vergoeden, om met ingang van een volgende verzekeringsperiode de voorwaarden op dit punt te wijzigen. Door te kiezen voor de einddatum in 2023 wekt hij althans de indruk dit voornemen niet te hebben.
- 6.9. Het voorgaande betekent dat de argumenten van de ziektekostenverzekeraar niet kunnen overtuigen, en dat hij de kosten van VitA-POS® oogzalf ten laste van de zorgverzekering aan verzoekster moet vergoeden vanaf 1 april 2017, zonder einddatum en zonder toepassing van een machtigingseis.



Een en ander neemt dit weg dat zich na 1 april 2017 omstandigheden kunnen hebben voorgedaan of nog gaan voordoen op grond waarvan een wijziging mogelijk is. Dit is onder meer aan de orde als de wet- en regelgeving zo wordt gewijzigd dat VitA-POS® oogzalf geen verzekerde prestatie meer onder de zorgverzekering vormt of als in de verzekeringsvoorwaarden voor het hulpmiddel alsnog een toestemmingseis wordt opgenomen. Daarnaast kunnen zich in de situatie van verzoekster zich omstandigheden voordoen - hetgeen overigens niet in de lijn der verwachting ligt - op grond waarvan de (verzekerings)indicatie komt te vervallen. In deze gevallen is het de ziektekostenverzekeraar toegestaan het product niet langer te vergoeden.




6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies



7.1. De commissie beslist dat:

- 
- (i) de ziektekostenverzekeraar de kosten van VitA-POS® oogzalf aan verzoekster moet vergoeden vanaf 1 april 2017, zonder einddatum en zonder toepassing van een machtigingseis;
 - (ii) beslist dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden;
 - (ii) al hetgeen meer of anders is gevorderd wordt afgewezen.



Zeist, 28 oktober 2020,



L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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



Hulpmiddelen

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

4 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

- a levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding;
- b het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;
- c een eventueel reservehulpmiddel.

Voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen

De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u altijd vooraf onze toestemming vragen. In sommige gevallen worden de hulpmiddelen in bruikleen aan u gegeven. Dit staat in het Reglement Hulpmiddelen. In dat geval wijken wij af van dit artikel onder a en artikel 2.1 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Heeft u een hulpmiddel nodig dat deel uitmaakt van medisch-specialistische zorg? Dan heeft u geen recht op hulpmiddelen op basis van dit artikel. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel 31 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde leverancier

Let op! Bestelt u uw hulpmiddelen bij een leverancier met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een leverancier die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde leveranciers vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.



Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

5 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- a de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;
- b advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:

- a alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden en wat de maximale vergoeding is. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een IDEA-contract heeft gesloten; en
- b de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheek zonder contract; en
- c andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor u of uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:
 - geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheek in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, 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 de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, 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. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners; en
- d polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Wettelijke eigen bijdrage

Kost een geneesmiddel meer dan de vergoedingslimiet die in het GVS is opgenomen? Dan betaalt u deze kosten (bovenlimietprijs) zelf. Deze wettelijke eigen bijdrage op geneesmiddelen is gemaximeerd tot € 250,- per persoon per jaar. Bent u niet een heel kalenderjaar verzekerd bij ons? Dan berekenen wij de maximale wettelijke eigen bijdrage op geneesmiddelen op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar bij ons verzekerd bent.



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 vergoedinglimiet 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 vergoedinglimiet 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.