

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoog/laagbed, indicatie, marktconform tarief, farmaceutische zorg, anticonceptiva, Depo-Provera®

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021 en 2022, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.17, Bijlage 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021 en 2022

Zaaknummer : 202200586

Zittingsdatum : 30 november 2022

1. Partijen

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

en

- 1) FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht en brief van 3 juni 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 16 juni 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 12 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 18 augustus 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 1 november 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022035097) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 2 november 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 9 november 2022 meegedeeld af te zien van de mogelijkheid tot horen. De ziektekostenverzekeraar is op 30 november 2022 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 6 december 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 1 november 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 13 december 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Zorgverzekering Basis Vrij (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende module Zorg & Herstel (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft op 23 september 2020 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor vergoeding van een tweepersoons hoog/laagbed met op maat gemaakte matrassen. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar haar bij brief van 2 november 2020 meegedeeld een vergoeding te verlenen van € 914,64.

- 3.3. Voorts heeft verzoekster op 3 maart 2022 een aanvraag gedaan voor vergoeding van het geneesmiddel Depo-Provera®. Nadat bij brief van 8 maart 2022 was verzocht om aanvullende informatie, en deze door verzoekster werd aangeleverd, volgde een afwijzing. Naar aanleiding van een hernieuwd verzoek tot vergoeding deelde de ziektekostenverzekeraar verzoekster bij brief van 16 maart 2022 mee dat de aanvraag afgewezen bleef. Op een hierop volgend verzoek tot vergoeding reageerde de ziektekostenverzekeraar bij brief van 30 maart 2022 wederom afwijzend, waarbij verzoekster werd gewezen op de mogelijkheid van het vragen van een heroverweging.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 30 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 1 november 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 13 december 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van het door haar aangeschafte tweepersoons hoog/laagbed met de bijbehorende op maat gemaakte matrassen te vergoeden, en voorts dat hij is gehouden haar een vergoeding te verlenen voor de kosten van het geneesmiddel Depo-Provera®.
- 4.2. Ten aanzien van het hoog/laagbed heeft verzoekster aangevoerd dat zij vanwege haar handicap en ter voorkoming van drukplekken is aangewezen op een bed en matras in speciale uitvoering. Zij mist haar vier ledematen en moet zelfstandig uit bed kunnen komen. Met een AD- of luchtmatras lukt dit niet. Het aangeschafte bed is op maat gemaakt en geschikt voor personen tot 500 kilo. Omdat haar echtgenoot naast haar slaapt is gekozen voor een tweepersoons versie. Voor hem is een goede slaap/lighouding noodzakelijk omdat hij poly-artrose en chronische tendinitisklachten heeft. Hierdoor ervaart hij zenuwpijnen twintig keer erger dan iemand anders. Ook werd hij vanwege artrose al dertig keer geopereerd en zullen zeker nog drie operaties moeten volgen. De verklaring van de huisarts hieromtrent wordt door de ziektekostenverzekeraar echter niet geaccepteerd. Het bed, inclusief de op maat gemaakte matrassen, kent weliswaar een hoge prijs (€ 18.548,-), maar het wordt geleverd met een levenslange garantie. Dat de prijzen zijn gestegen is iets dat volgens verzoekster niet aan haar kan worden tegengeworpen. Eerder werden ook bedden en matrassen in speciale uitvoering gekocht. De ziektekostenverzekeraar vergoedde toen een veel hoger bedrag. In 2015 ging het hierbij om ruim € 5.200,-. Nu wordt slechts € 914,64 vergoed.
- 4.3. Met betrekking tot het geneesmiddel Depo-Provera® verklaart verzoekster dat zij voorheen, vanaf haar 18e, de pil slikte. Circa tien jaar geleden is gekozen voor de prikpil, en deze gebruikt zij inmiddels al jaren. Verzoekster licht toe dat bij haar sprake is van hevig vaginaal bloedverlies (extreme menorrhagie). Haar bloedingen zijn onregelmatig en duren soms twee weken. Door haar handicap kan zij geen broek dragen en maandverband is voor haar om hygiënische redenen niet geschikt. Verzoekster stelt dat zij het geneesmiddel niet gebruikt ter voorkoming van zwangerschap, maar ter voorkoming van de bloedingen en de pijnklachten tijdens de menstruatie. Verzoekster heeft een Port-a-cath voor het bloedprikken. Zij stelt dat vanwege het gebruik van de prikpil haar bloedingen zijn afgenomen, waardoor het hemoglobinegehalte van haar bloed is gestegen. Dit Hb-gehalte is maar één criterium. Verzoekster voldoet aan de beide andere. De ziektekostenverzekeraar verlangt nu feitelijk van haar dat zij stopt met Depo-Provera®. De bloedingen zullen dan weer erger worden, met een daling van het hemoglobinegehalte tot gevolg. Verzoekster tekent aan dat de kosten van het geneesmiddel beperkt zijn, namelijk € 13,- per

twalf weken. Zij vindt dat voor haar een uitzondering moet worden gemaakt, en dat deze kosten moeten worden vergoed.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op een hoog/laagbed plus matras. Haar echtgenoot heeft voor dit hulpmiddel geen verzekeringsindicatie. Uit de verklaring van de huisarts blijkt niet dat in zijn geval verzorging en verpleging op bed noodzakelijk zijn. Of eerder kosten van een bed met matras in speciale uitvoering zijn vergoed kan de ziektekostenverzekeraar niet meer achterhalen. Op 20 mei 2015 is een bedrag van € 5.289,- betaald voor een hulpmiddel. Of het hierbij ging om een bed met matras is niet bekend. Ook is niet bekend waarom deze vergoeding destijds is verleend. Omdat het hier een niet-gecontracteerde leverancier van hulpmiddelen betreft is een vergoeding verleend op basis van het marktconforme tarief voor een éénpersoons hoog/laagbed met matras. Deze vergoeding bedraagt € 914,64. Van de door de ziektekostenverzekeraar ontvangen declaraties is 99,7% onder dit bedrag.
- 5.2. Waar het de vergoeding van Depo-Provera® betreft, verwijst de ziektekostenverzekeraar naar artikel B.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering en het in artikel 1 van die zelfde voorwaarden genoemde Reglement Farmaceutische Zorg. Bij menorrhagie is vergoeding van anticonceptiva mogelijk indien het hemoglobinegehalte van het bloed minder bedraagt dan 7,5 mmol/l. Bij verzoekster was deze waarde in 2021 7,7 mmol/l. Of de lagere waarde wél wordt gehaald als verzoekster tijdelijk stopt met de prikpil, en zij weer gaat menstrueren, is onduidelijk. De ziektekostenverzekeraar verwijst voorts naar de NHG-richtlijn, waarin wordt geadviseerd bij de leeftijd van 52 jaar te stoppen met anticonceptiva. De menopauze treedt in op de gemiddelde leeftijd van 51 jaar. Hier is echter wel sprake van een spreiding. Verzoekster is 53 jaar oud. Onder de gegeven omstandigheden ziet de ziektekostenverzekeraar geen grond voor een onverplichte vergoeding.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat is gekeken of verzoekster naar aard en inhoud is aangewezen op de zorg. Hieronder vallen ook de kosten van een hoog/laagbed. Er is voor verzoekster geen probleem wat betreft de indicatie. Zij komt in aanmerking voor een standaard éénpersoons hoog/laagbed met matras. Hieronder wordt verstaan een bed van 90x200 of 210 cm met een hoog/laag verstelling, een knie- en rugverstelling en een matras. Er is geen ergotherapeutisch rapport waaruit volgt dat verzoekster aanspraak zou hebben op een bed met meer voorzieningen. De echtgenoot van verzoekster heeft geen indicatie voor een hoog/laagbed. In het nader commentaar is uitgelegd hoe het marktconforme tarief wordt bepaald. Hieraan wil de ziektekostenverzekeraar nog toevoegen dat dit aansluit bij hetgeen het Gerechtshof Arnhem heeft besloten in de uitspraak met nummer 20219573 en de commissie in het bindend advies met nummer 201901150. De nota van het hoog/laagbed is getoetst aan de bandbreedte, en deze wijkt hiervan onredelijk af. De ziektekostenverzekeraar heeft de juiste methode gehanteerd om tot de hoogte van de vergoeding te komen. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat volgens het Zorginstituut onduidelijk is of verzoekster voor de Depo-Provera® een indicatie heeft. De conclusie van het Zorginstituut is dat verzoekster niet aan de voorwaarden voldoet, maar het advies is vervolgens dat zij wel aanspraak heeft op het middel.
- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 1 november 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Vergoeding Depo-Provera®

Bij aanvang van de behandeling met Depo-Provera® dient de Hb-waarde onder de referentiewaarde van 7,5 mmol/L te zijn. Aangezien verzoekster al meer dan 10 jaar Depo-Provera® gebruikt, is niet meer na te gaan wat haar Hb-waarde hiervoor was. De klachten van hypermenorroe zijn gestopt na aanvang van DepoProvera®, waardoor haar Hb-waarde in 2021 waarschijnlijk genormaliseerd is.

Het is onduidelijk of verzoekster momenteel nog steeds een indicatie voor het gebruik van Depo-Provera® heeft. Op basis van beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat nog steeds sprake is van hypermenorroe. In 2021 was de Hb-waarde van de verzoekster 7,7 mmol/L. Hiermee wordt niet voldaan aan de voorwaarden voor vergoeding van Depo-Provera®. Daarnaast is verzoekster mogelijk menopauzaal waardoor gestopt kan worden met het gebruik van Depo-Provera®.

Vergoeding hoog-/laag bed en matras

Uit de voorliggende informatie blijkt dat de indicatie voor een hoog-/laag bed met bijbehorend matras voor verzoekster niet ter discussie staat. Uit de voorliggende informatie is niet op te maken dat er voor de echtgenoot van verzoekster ook een indicatie bestaat voor een hoog-/laag bed met bijbehorend matras.

De echtgenoot geeft aan dat hij zelf erg last heeft van pezen en spieren en overal artrose heeft. Ook de huisarts geeft aan dat de echtgenoot polyartrose en chronische tendinitisklachten heeft van diverse pezen, waarbij een goede houding/ligpositie de klachten kan reduceren. In een later schrijven vult de echtgenoot aan dat hij naast de polyartrose onder meer een buikwandprobleem, het syndroom van Tietse, fibromyalgie en restless legs heeft. Dit vormt echter geen indicatie voor een bed in speciale uitvoering met daarvoor bestemd matras, zoals bedoeld in de regelgeving.

De vraag is dan of het gevraagde tweepersoons bed met matras doelmatig is. Doelmatigheid alsook de hoogte van een (marktconforme) vergoeding vallen buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut.

Wel is het de vraag of verzoekster door haar functiebeperkingen extra c.q. andersoortige aanpassingen aan het bed en/of matras nodig heeft. Verweerder is hier, volgens de voorliggende informatie, niet specifiek op ingegaan. De leverancier noemt 'maatwerk', maar dat is een breed begrip. Een programma van eisen waaraan het bed en matras minimaal moeten voldoen, ontbreekt bij de voorliggende gegevens (doorgaans wordt dit door een ergotherapeut of een aan een leverancier verbonden zorgverlener opgesteld).

Bij verzoekster zijn haar ledematen als gevolg van softenon niet volledig aangelegd (agenesie/aplasie) en daarnaast heeft ze blijkens de informatie van de huisarts en de echtgenoot nog andere gezondheidsproblemen/functiebeperkingen. Volgens de echtgenoot heeft verzoekster een specifiek op haar lichaamsbouw en lichaamshouding gemaakt bed/matras nodig. Ook geeft de echtgenoot aan dat verzoekster de enige is met deze handicap en dat het bed door geen enkele andere leverancier leverbaar is.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat verzoekster een voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding van Depo-Provera® ten laste van de basisverzekering.

Verzoekster is redelijkerwijs aangewezen op een hoog-/laag bed met bijbehorend matras. Over de hoogte van vergoeding en of het tweepersoons hoog-/laag bed met bijbehorend matras doelmatig is, kan het Zorginstituut niet adviseren.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan aanspraak maken op vergoeding van Depo-Provera® ten laste van de basisverzekering. Verzoekster is redelijkerwijs aangewezen op een hoog-/laag bed met bijbehorend matras. Over doelmatigheid en de hoogte van vergoeding kan het Zorginstituut niet adviseren. (...)"

- 6.2. In het definitief advies van 13 december 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen.

Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien.

Wel merkt het Zorginstituut op dat de constatering tijdens de hoorzitting over het feit dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding van het geneesmiddel Depo-Provera® juist is. Het voorlopig advies dat verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van dit geneesmiddel bevat een verschrijving. Voor het overige kunt u het voorlopig advies als definitief beschouwen. (...)"

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. 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 artikel A.18.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, welke bepaling via C. de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op die verzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

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

Hoog/laagbed

- 8.2. Op grond van artikel B.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering in combinatie met het Reglement Hulpmiddelen-Basis Vrij van de ziektekostenverzekeraar, en artikel 2.6, onderdeel j, Rzv, bestaat aanspraak op bedden in speciale uitvoering met inbegrip van daarvoor bestemde matrassen. Een indicatie hiervoor is aanwezig als iemand is aangewezen op verzorging en verpleging op bed. Dat dit laatste bij verzoekster aan de orde is, vormt tussen partijen geen onderwerp van geschil. Hieruit volgt echter niet dat zij de keuze heeft voor een tweepersoons hoog/laag bed, enkel omdat haar echtgenoot naast haar slaapt. Beoordeeld moet worden of ook hij aan eerdergenoemde voorwaarde voldoet. Bij de echtgenoot van verzoekster is sprake van polyartrose en chronische tendinitisklachten. Dat een goede houding/ligpositie de klachten kan verminderen, zoals door de huisarts is verklaard, mag zo zijn, maar dit betekent niet dat de echtgenoot is aangewezen op verzorging en verpleging op bed. Verzoekster komt daarom niet in aanmerking voor een tweepersoons hoog/laag bed in speciale uitvoering.
- 8.3. Door verzoekster is een koopovereenkomst overgelegd die betrekking heeft op een tweepersoonsbed met op maat gemaakte matrassen. Het hiervoor in rekening gebrachte bedrag is totaal € 18.548,-. De ziektekostenverzekeraar heeft een vergoeding van € 914,64 toegezegd. Dit is volgens hem het marktconforme tarief voor een éénpersoons hoog/laag bed, bedoeld in artikel A.4.3.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering, welke bepaling is gebaseerd op artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, oordeelt de commissie dat het in beginsel uitsluiten van vergoeding indien de declaratie hoger is dan een bepaald - vast - bedrag, niet geoorloofd is en niet in overeenstemming met hetgeen door het gerechtshof Hof Arnhem-Leeuwarden is overwogen (ECLI:NL:GHRL:2021:9573). Volgens de door het Hof Arnhem-Leeuwarden (in r.o. 5.11) beschreven tweestappentoets (die door de commissie tot de hare wordt gemaakt), dient als eerste stap te worden vastgesteld welke tarieven de overige zorgaanbieders voor eenzelfde behandeling (zorgvorm) in rekening brengen. Die tarieven vormen, indien zij onderling geen onredelijke verschillen vertonen, een bandbreedte van tarieven die in de Nederlandse markt voor een specifieke behandeling (zorgvorm) als marktconform kunnen worden beschouwd. Als tweede stap moet - indien een nota afwijkt van de in de eerste stap bepaalde bandbreedte - worden beoordeeld of de hoogte van de ingediende declaratie onredelijk afwijkt van de bandbreedte door middel van een individuele beoordeling. Het individuele karakter van deze toets brengt mee dat de ziektekostenverzekeraar niet een beleid kan hanteren waarbij hij boven een bepaald bedrag iedere vergoeding uitsluit, omdat dat neerkomt op het zelf bepalen van het maximum. Het Hof overweegt dat zorgverzekeraars wel aan de hand van een algemeen beleid (met indicatieve tarieven) een eerste selectie mogen maken van volgens hen niet marktconforme tarieven, mits zij daarna op individuele basis aangeven waarom het gedeclareerde tarief ten opzichte van de marktconforme bandbreedte excessief is. In dit verband heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat van de bij hem ingediende declaraties 99,7% minder bedraagt dan € 914,64. Laatstgenoemd bedrag kan zijns inziens daarom worden beschouwd als marktconform. Uit de door de ziektekostenverzekeraar gegeven toelichting volgt niet dat een bandbreedte is vastgesteld in lijn met de hiervoor uiteengezette methodiek van de tweestappentoets. Dat de uitkomst is dat slechts ongeveer 0,3% van de ontvangen nota's hoger blijkt te zijn, maakt dit niet anders. De ziektekostenverzekeraar heeft niet op individuele basis aannemelijk gemaakt dat het gedeclareerde tarief ten opzichte daarvan als excessief is te beschouwen. Ook dat volgt immers, zonder nadere onderbouwing of toelichting, die ontbreekt, niet zonder meer uit het feit dat slechts 0,3% van de ontvangen nota's hoger zijn. De commissie overweegt verder dat het notabedrag betrekking heeft op een tweepersoonsbed inclusief op maat gemaakte matrassen. Niet bekend is wat de kosten van een eenpersoonsbed zouden zijn geweest, zodat de commissie ervan uitgaat dat dit de helft is (€ 9.274,-). Omdat de ziektekostenverzekeraar niet aannemelijk heeft gemaakt dat genoemd bedrag in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid niet passend is te achten, dient hij dit volledig aan verzoekster te vergoeden.

Prikpil

- 8.4. Met betrekking tot het geneesmiddel Depo-Provera® geldt dat anticonceptiva, op grond van artikel B.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering in combinatie met artikel 4.4.1 van het Reglement Farmaceutische Zorg-Basis Vrij van de ziektekostenverzekeraar, en artikel 2.5, tweede en derde lid, in samenhang met Bijlage 2 Rzv, onder voorwaarden onder de dekking van de zorgverzekering vallen. Deze voorwaarden zijn terug te vinden in artikel 64 van Bijlage 2. Aanspraak bestaat (i) voor verzekerden jonger dan eenentwintig jaar, (ii) ter behandeling van endometriose indien de verzekerde hierop is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard, of (iii) ter behandeling van menorrhagie waarbij sprake is van bloedarmoede, inhoudende een hemoglobinewaarde die lager is dan de referentiewaarden zoals gehanteerd in de richtlijnen van de desbetreffende beroepsgroepen.
- Verzoekster is 53 jaar oud en valt daarmee niet onder (i). Van een behandeling van endometriose (ii) blijkt niet uit het dossier. Waar het (iii) betreft, is het zo dat volgens informatie van de Nederlandse Vereniging voor Hematologie voor vrouwen een normaal hemoglobinegehalte tussen 7,5 en 10 mmol/l ligt. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoekster is niet bestreden, dat het laatst bekende (2021) hemoglobinegehalte 7,7 mmol/l bedroeg. Dit valt binnen eerder genoemde range. Verzoekster voldoet aldus niet aan de voorwaarden voor verstrekking of vergoeding van anticonceptiva ten laste van de zorgverzekering. Ook het Zorginstituut komt in het advies van 1 november 2022, bevestigd in het definitief advies van 13 december 2022, tot deze conclusie. Dat verzoekster het geneesmiddel niet gebruikt ter voorkoming van een zwangerschap kan niet leiden tot een andersluidend oordeel. Ook het beroep op het bestaan op een uitzondering kan niet slagen. Uitgangspunt is dat anticonceptiva voor rekening van de verzekerde blijven, tenzij één van de hiervoor genoemde situaties aan de orde is. Deze vormen dus al een uitzondering. Niet valt in te zien waarom hierop een volgende uitzondering zou moeten worden gemaakt. Dit zou immers neerkomen op een door de wetgever niet beoogde uitbreiding van de aanspraken.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een hoog/laag bed zodat het verzoek, voor zover het dit hulpmiddel ten behoeve van de echtgenoot van verzoekster betreft, niet op grond hiervan kan worden toegewezen. Ook voor anticonceptiva kent deze verzekering geen dekking.

Slotsom

- 8.6. Aangezien het verzoek hiermee gedeeltelijk wordt toegewezen, is de ziektekostenverzekeraar gehouden het betaalde entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.
- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is voor het hoog/laagbed ten behoeve van verzoekster een bedrag van € 9.274,- aan haar te vergoeden;
- (ii) verzoekster geen aanspraak heeft op het hoog/laagbed ten behoeve van haar echtgenoot;
- (iii) verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van Depo-Provera®; en
- (iv) de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster moet vergoeden.

Zeist, 3 februari 2023,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.9

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 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- a. Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan, als omschreven in artikel 2.8;
- b. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als omschreven in artikel 2.9;
- c. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in artikel 2.10;
- d. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie als omschreven in artikel 2.11;
- e. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, als omschreven in artikel 2.12;
- f. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie als omschreven in artikel 2.13;
- g. hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn;
- h. [vervallen;]
- i. hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden als omschreven in artikel 2.16;
- j. hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed, als omschreven in artikel 2.17;
- k. hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid als omschreven in artikel 2.18;
- l. injectiespuiten als omschreven in artikel 2.19;
- m. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe;
- n. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem;
- o. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen bij de behandeling van diabetes;
- p. draagbare, uitwendige infuuspompen als omschreven in artikel 2.22;
- q. [vervallen;]
- r. hulpmiddelen voor het toedienen van voeding als omschreven in artikel 2.24;
- s. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken;
- t. hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering als omschreven in artikel 2.26;
- u. [vervallen;]
- v. [vervallen;]
- w. [vervallen;]
- x. [vervallen;]
- y. uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
- z. [vervallen;]
- aa. [vervallen;]
- bb. [vervallen;]
- cc. [vervallen;]
- dd. [vervallen;]
- ee. [vervallen;]
- ff. [vervallen;]
- gg. [vervallen;]
- hh. met thuisdialyse samenhangende kosten als omschreven in artikel 2.29.

Artikel 2.17

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel j, omvatten:
 - a. bedden in speciale uitvoering met inbegrip van daarvoor bestemde matrassen;
 - b. anti-decubitusbedden, -matrassen en -overtrekken ter behandeling en preventie van decubitus;
 - c. dekenbogen, bedhekken, bedrugsteunen en bedtafels;
 - d. bedgalgen en hulpmiddelen voor het zelfstandig in en uit bed komen;
 - e. glij- en rollakens;
 - f. bedverkorters, -verlengers en -verhogers;
 - g. ondersteken;
 - h. bedbeschermende onderleggers, indien het verlies van bloed en exsudaat dusdanige hygiënische problemen oplevert dat deze slechts door gebruik van een bedbeschermende onderlegger kunnen worden ondervangen;
 - i. infuusstandaarden.
2. De hulpmiddelen, bedoeld in het eerste lid, kunnen ook worden aangewend als het gebruik daarvan strekt tot behoud van de zelfredzaamheid.

- a. afspraken buiten reguliere werktijden;
- b. niet-nagekomen afspraken;
- c. rapporten.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

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

Hulpmiddelen

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de FBTO Zorg basisverzekering naturapolis? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in “natura”). Heeft u de FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.3 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 kunt u 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 vooraf onze toestemming vragen, behalve als het gaat om stoma-voorzieningen en/of katheters en toebehoren. 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 [A.2.1 Recht op zorg](#).

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 [B.30](#).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners 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 FBTO Zorg basisverzekering naturapolis? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in “natura”). Heeft u de FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.4 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 kunt u 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 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;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, wanneer het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
 - geneesmiddelen die volgens artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet; 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.

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Een omschrijving van deze (deel)prestaties vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg. Op onze website vindt u daarnaast een overzicht van de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten. Bovendien vindt u hier ook de geregistreerde geneesmiddelen die wij hebben aangewezen als “preferent”. Uiteraard kunt u deze informatie ook bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op geneesmiddelen en dieetpreparaten

1. De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
2. Een apotheek moet de geneesmiddelen leveren. Voor de levering van dieetpreparaten contracteren wij medische speciaalzaken. Een apotheek mag de dieetpreparaten ook leveren, maar dan is de vergoeding conform de polisvoorwaarden voor niet-gecontracteerde zorg. Meer hierover leest u in [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)
3. Zijn er identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan heeft u alleen recht op de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen of, bij een apotheker met een IDEA-contract, het geneesmiddel dat de apotheek heeft aangewezen. Is er geen geneesmiddel aangewezen? Dan heeft u recht op het laagst geprijsde geneesmiddel. Uw apotheker kan u vertellen welk geneesmiddel het laagst geprijsd is. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op een niet-aangewezen of hoger geprijsd geneesmiddel. De voorschrijver (zie onder 1) moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische indicatie en moet dit kunnen onderbouwen. Meer informatie hierover leest u in de Begrippenlijst van het Reglement Farmaceutische Zorg.
4. U heeft alleen recht op dieetpreparaten als:
 - a. u een aandoening heeft waarbij toediening van deze preparaten een essentieel onderdeel is van adequate zorg;
 - b. u niet kunt uitkomen met normale aangepaste voeding en/of dieetproducten;
 - c. is voldaan aan de aanvullende voorwaarden voor vergoeding die staan in bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. Bijlage 2 wordt regelmatig gewijzigd. Ook tijdens het lopende polisjaar. U kunt de meest actuele bijlage met de voorwaarden vinden op internet: <http://wetten.overheid.nl>; tik in het zoekvenster Regeling zorgverzekering; klik op vind; klik op Regeling zorgverzekering; klik in de lijst links onderaan op Bijlage 2;
 - d. als ze zijn voorgeschreven door een arts of diëtist.

In artikel 4.4 van het Reglement Farmaceutische Zorg staan nog een aantal aanvullende bepalingen voor het recht op specifieke geneesmiddelen. U heeft alleen recht op deze geneesmiddelen als u voldoet aan deze bepalingen.

Voorwaarden voor het recht op (deel)prestaties

Voor een aantal (deel)prestaties stellen wij aanvullende eisen aan de kwaliteit van de zorgverlening en/of randvoorwaarden voor welke farmaceutische zorg u mag declareren. U heeft alleen recht op deze deelprestaties als aan deze aanvullende eisen is voldaan. In het Reglement Farmaceutische Zorg leest u, voor welke (deel)prestaties deze voorwaarden gelden.

Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar

Let op!

Bij plaatsing door een gynaecoloog wordt zowel de plaatsing als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. U betaalt dan eigen risico. Bij plaatsing door een huisarts of verloskundige worden, zowel de plaatsing, als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. Het eigen risico geldt dan alleen voor de spiraal. Voor de plaatsing van de spiraal door de huisarts of verloskundige is geen eigen risico verschuldigd.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op de volgende geneesmiddelen en/of (deel)prestaties farmacie:

- a. anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder, tenzij er een medische indicatie voor is. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies);
- b. geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- c. farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat u daar geen recht op heeft;
- d. geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, derde lid, onder b van de Geneesmiddelenwet;
- e. geneesmiddelen die staan in artikel 40, derde lid, onder f van de Geneesmiddelenwet;
- f. geneesmiddelen die therapeutisch gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;

- g. zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen;
- h. alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg;
- i. homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen;
- j. niet geregistreerde allergenen, tenzij de behandeling met een geregistreerd allergeen niet mogelijk is. U heeft alleen recht op een niet geregistreerd allergeen op basis van een door ons afgegeven machtiging op individuele basis.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

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

Mond en tanden (mondzorg)

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de FBTO Zorg basisverzekering naturapolis? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in “natura”). Heeft u de FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

U heeft recht op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprotheticici, kaakchirurgen, mondhygiënisten en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van [B.5](#) tot en met [B.12](#)) gaan wij hierop in.

B.5 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, dat u zonder orthodontische behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder deze aandoening? Dan heeft u recht op deze behandeling.

Let op!

In andere gevallen valt orthodontie niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende module afsluiten.

N.B.

Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar.

Voorwaarden voor het recht op orthodontie in bijzondere gevallen

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor een behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
3. Voor deze behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
4. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting, lichtfoto's en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Hulpmiddelen

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de FBTO Zorgverzekering Basis Plus? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in “natura”). Heeft u de FBTO Zorgverzekering Basis Vrij? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.3 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 kunt u 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 vooraf onze toestemming vragen, behalve als het gaat om stoma-voorzieningen en/of katheters en toebehoren. 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 [A.2.1 Recht op zorg](#).

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 [B.28](#).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de FBTO Zorgverzekering Basis Plus? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in “natura”). Heeft u de FBTO Zorgverzekering Basis Vrij? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.4 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 kunt u bij ons opvragen.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

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 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;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, wanneer het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
 - geneesmiddelen die volgens artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet; 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.

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Een omschrijving van deze (deel)prestaties vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg. Op onze website vindt u daarnaast een overzicht van de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten. Bovendien vindt u hier ook de geregistreerde geneesmiddelen die wij hebben aangewezen als “preferent”. Uiteraard kunt u deze informatie ook bij ons opvragen.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Voorwaarden voor het recht op geneesmiddelen en dieetpreparaten

1. De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
2. Een apotheek moet de geneesmiddelen leveren. Voor de levering van dieetpreparaten contracteren wij medische speciaalzaken. Een apotheek mag de dieetpreparaten ook leveren, maar dan is de vergoeding conform de polisvoorwaarden voor niet-gecontracteerde zorg. Meer hierover leest u in [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)
3. Zijn er identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan heeft u alleen recht op de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen of, bij een apotheker met een IDEA-contract, het geneesmiddel dat de apotheek heeft aangewezen. Is er geen geneesmiddel aangewezen? Dan heeft u recht op het laagst geprijste geneesmiddel. Uw apotheker kan u vertellen welk geneesmiddel het laagst geprijsd is. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op een niet-aangewezen of hoger geprijsd geneesmiddel. De voorschrijver (zie onder 1) moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische indicatie en moet dit kunnen onderbouwen. Meer informatie hierover leest u in de Begrippenlijst van het Reglement Farmaceutische Zorg.
4. U heeft alleen recht op dieetpreparaten als:
 - a. u een aandoening heeft waarbij toediening van deze preparaten een essentieel onderdeel is van adequate zorg;
 - b. u niet kunt uitkomen met normale aangepaste voeding en/of dieetproducten;
 - c. is voldaan aan de aanvullende voorwaarden voor vergoeding die staan in bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. Bijlage 2 wordt regelmatig gewijzigd. Ook tijdens het lopende polisjaar. U kunt de meest actuele bijlage met de voorwaarden vinden op internet: <http://wetten.overheid.nl>; tik in het zoekvenster Regeling zorgverzekering; klik op vind; klik op Regeling zorgverzekering; klik in de lijst links onderaan op Bijlage 2;
 - d. als ze zijn voorgeschreven door een arts of diëtist.

In artikel 4.4 van het Reglement Farmaceutische Zorg staan nog een aantal aanvullende bepalingen voor het recht op specifieke geneesmiddelen. U heeft alleen recht op deze geneesmiddelen als u voldoet aan deze bepalingen.

Voorwaarden voor het recht op (deel)prestaties

Voor een aantal (deel)prestaties stellen wij aanvullende eisen aan de kwaliteit van de zorgverlening en/of randvoorwaarden voor welke farmaceutische zorg u mag declareren. U heeft alleen recht op deze deelprestaties als aan deze aanvullende eisen is voldaan. In het Reglement Farmaceutische Zorg leest u, voor welke (deel)prestaties deze voorwaarden gelden.

Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar

Let op!

Bij plaatsing door een gynaecoloog wordt zowel de plaatsing als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. U betaalt dan eigen risico. Bij plaatsing door een huisarts of verloskundige worden, zowel de plaatsing, als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. Het eigen risico geldt dan alleen voor de spiraal. Voor de plaatsing van de spiraal door de huisarts of verloskundige is geen eigen risico verschuldigd.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op de volgende geneesmiddelen en/of (deel)prestaties farmacie:

- a. anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder, tenzij er een medische indicatie voor is. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies);
- b. geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- c. farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat u daar geen recht op heeft;
- d. geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, derde lid, onder b van de Geneesmiddelenwet;
- e. geneesmiddelen die staan in artikel 40, derde lid, onder f van de Geneesmiddelenwet;
- f. geneesmiddelen die therapeutisch gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- g. zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen;
- h. alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg;
- i. homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen;
- j. niet geregistreerde allergenen, tenzij de behandeling met een geregistreerd allergeen niet mogelijk is.
U heeft alleen recht op een niet geregistreerd allergeen op basis van een door ons afgegeven machtiging op individuele basis.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.