



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeringen N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, farmaceutische zorg, tadalafil
Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019
Zaaknummer : 202000358
Zittingsdatum : 21 oktober 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 17 juni 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 augustus 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 18 augustus 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 oktober 2020 gehoord. Tijdens de hoorzitting is afgesproken dat verzoeker een aanvullende verklaring van de behandelend arts over mag leggen. De ziektekostenverzekeraar mag vervolgens reageren op die verklaring.
- 2.4. Verzoeker heeft op 26 oktober 2020 de aanvullende verklaring van de behandelend arts van 26 oktober 2020 aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij deze in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 november 2020 gereageerd. Een kopie hiervan is op 10 november 2020 ter informatie aan verzoeker gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Vrije Keuze Optifit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering en de eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen ONVZ Wereldfit en ONVZ Tandfit module B zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker moet meerdere keren per dag katheteriseren. Soms verloopt dit moeizaam. Op die dagen gebruikt hij het geneesmiddel tadalafil. De kosten hiervan werden tot 1 januari 2019 door de ziektekostenverzekeraar vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Met ingang van 1 januari 2019 zijn de voorwaarden op dit punt veranderd. De kosten van geneesmiddelen voor erectieproblemen worden niet meer vergoed. Tadalafil wordt gebruikt bij erectieproblemen.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 mei 2019 per declaratiespecificatie aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van het middel tadalafil niet worden vergoed.

3.4. Verzoeker heeft telefonisch contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar over de afwijzing. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 7 juni 2019 per e-mail meegedeeld dat hij naar aanleiding van het telefoongesprek graag een verklaring van de behandelend medisch specialist ontvangt.

3.5. De behandelend uroloog heeft op 14 juli 2019 per e-mail over verzoeker verklaard:

"Kunt u mij laten weten vanaf wanneer u de Tadalafil gebruikt en in welke dosering? ik kan namelijk in de status hier de laatste jaren niets over terugvinden. Dan kan ik namelijk gerichter zoeken.

Ik zie ook niets over het proberen van een alfablokker (zoals tamsulosine) hetgeen we normaliter als eerste keuze gebruiken bij obstructie.

Het is wel zo, dat ik patiënten uitleg dat als ze en erectiele dysfunctie en obstructie hebben het gebruik van bijvoorbeeld tadalafil handig is, omdat je dan bij regelmatig gebruik 2 vliegen in 1 klap hebt, maar inderdaad niet volgens het normale vergoedingensysteem wordt dit vergoed, in tegenstelling tot tamsulosine. Wat dan weer niets doet op de erectiele dysfunctie.

Dus als het alleen ten aanzien van het zelfkatheterisatie gaat, is het proberen met een alfa blokker te overwegen."

Op 26 augustus 2019 heeft de behandelend uroloog verklaard:

"Ik blijf bij mijn reactie, dat mijn advies uit 2013 gebaseerd is op een patiënt die al voor erecties Tadalafil gebruikt en derhalve ook baat heeft van het ontspannende effect op prostaat regio bij gebruik hiervan. (...)"

3.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Op 21 oktober 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.7. De behandelend arts heeft op 26 oktober 2020 het volgende over verzoeker verklaard:

"Hierbij bevestig ik dat tadalafil incidenteel bij u ingezet kan worden voor relaxatie van de prostaat bij zelfkatheterisatie, in plaats van het dagelijks gebruik van tamsulosine."

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van tadalafil aan hem moet vergoeden op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 regel 78 van de algemene regels van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. Verzoeker stelt dat hij tadalafil niet gebruikt in verband met erectieproblemen, maar vanwege problemen bij het katheteriseren. Toch krijgt hij dit middel niet meer vergoed. Verzoeker benadrukt dat hij een medische indicatie heeft voor het gebruik. Dit is door de behandelend uroloog bevestigd.

Bovendien moet bij eventuele twijfel over de uitleg van een polisvoorwaarde de voor de verzekerde meest gunstige uitleg prevaleren.

Verzoeker vindt het medisch niet verantwoord over te stappen op een ander geneesmiddel. Hij gebruikt de tadalafil incidenteel. Het andere middel moet dagelijks worden ingenomen, en heeft vaak bijwerkingen. Bovendien is de werking van het andere middel beperkt.

Verzoeker heeft op 25 juni 2020 telefonisch aan de commissie bevestigd dat hij niet bestrijdt dat de zorgverzekering geen dekking biedt voor het geneesmiddel tadalafil.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat op grond van de zorgverzekering alleen aanspraak op tadalafil bestaat als sprake is van pulmonale arteriële hypertensie of systemische sclerose. Deze indicaties zijn bij verzoeker niet aan de orde. Tadalafil wordt met ingang van 1 januari 2019 ook niet (meer) vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

De ziektekostenverzekeraar verwijst naar het e-mailbericht van de behandelend uroloog van 14 juli 2019. Deze schrijft dat zij in het dossier niet kan terugvinden vanaf wanneer verzoeker de tadalafil gebruikt. In hetzelfde e-mailbericht staat ook vermeld dat normaliter eerst wordt geprobeerd de problemen bij het katheteriseren op te lossen met een alfablokker zoals tamsulosine. Uit de administratie van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat verzoeker niet eerder een alfablokker heeft geprobeerd.

Daarnaast zijn geneesmiddelen zoals tamsulosine of alfuzosine goedkoper dan tadalafil. In de 'Algemene regels en vergoedingen' is in regel 24 bepaald dat de zorg niet onnodig kostbaar mag zijn.

Op de website van de ziektekostenverzekeraar worden geen merknamen of werkzame stoffen vermeld. De ziektekostenverzekeraar gaat ervan uit dat verzekerden weten welke geneesmiddelen horen bij een bepaalde indicatie. Zeker als verzekerden deze geneesmiddelen al enige tijd gebruiken.

In reactie op de aanvullende verklaring van de behandelend arts heeft de ziektekostenverzekeraar op 4 november 2020 aan de commissie meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft. De behandelend arts gebruikt in haar reactie de woorden "*kan ingezet worden*". Dit wil volgens de ziektekostenverzekeraar niet zeggen dat verzoeker ook daadwerkelijk redelijkerwijs is aangewezen op het geneesmiddel tadalafil. In een eerdere reactie van de behandelend arts staat duidelijk vermeld dat verzoeker zou kunnen uitkomen met het geneesmiddel tamsulosine.

- 6.4. De commissie overweegt dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor 'de meeste geneesmiddelen die de basisverzekering niet vergoedt'. Er wordt in de betreffende bepaling, op pagina 134 van de polisvoorwaarden, expliciet vermeld dat geneesmiddelen voor erectieproblemen niet worden vergoed.

- 6.5. De behandelend uroloog heeft op 10 oktober 2019 verklaard dat er een medische indicatie is voor het gebruik van tadalafil. Hiermee is echter niet gezegd dat de medische indicatie voor het gebruik niet (tevens) erectieproblemen betreft. Uit de verklaringen van de behandelend uroloog van 14 juli 2019 en 26 augustus 2019 volgt dat het zeer waarschijnlijk is dat zij het gebruik van tadalafil heeft geadviseerd vanwege obstructie én erectieproblemen. Daarbij wordt gesteld dat een alfablokker normaliter de eerste keuze is bij obstructie. Er wordt echter geen medische reden – anders dan erectieproblemen - aangevoerd voor de keuze voor tadalafil. In de verklaring van 26 oktober 2020 schrijft de behandelend arts dat tadalafil bij verzoeker incidenteel 'kan worden ingezet' voor relaxatie van de prostaat bij zelfkatheterisatie'. Deze verklaring is erg algemeen geformuleerd. Hiermee heeft de behandelend arts niet onderbouwd dat verzoeker is aangewezen op het gebruik van tadalafil ten behoeve van de katherisatie.

6.6. Ook indien wordt aangenomen dat het middel is voorgeschreven vanwege obstructie – hetgeen dus niet vast staat – geldt dat in de polisvoorwaarden is bepaald dat zorg niet onnodig kostbaar mag zijn. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd dat de kosten van tadalafil hoger zijn dan die van andere geneesmiddelen die gebruikt kunnen worden in verband met obstructie. Dit is door verzoeker niet weersproken. Daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan.

Verzoeker heeft aangevoerd dat het in zijn geval medisch niet verantwoord is over te stappen naar een ander middel. Verzoeker heeft evenwel geen medische reden aangevoerd die maakt dat overstappen naar het middel van eerste keuze - een alfablokker - in zijn geval niet verantwoord is. De enkele verwijzing naar het dagelijks gebruik en de (mogelijke) bijwerkingen is in dit verband onvoldoende.

Aangezien niet is gebleken dat verzoeker de goedkopere middelen heeft gebruikt, en dat deze bij hem onvoldoende werkzaam zijn dan wel het gebruik ervan in zijn situatie niet verantwoord is, heeft hij geen aanspraak op vergoeding van de tadalafil.

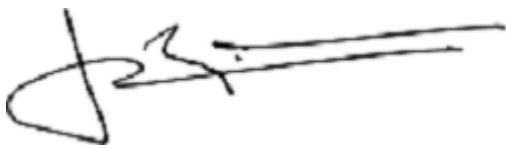
6.7. Verzoeker heeft tot slot gesteld dat de verzekeringsvoorwaarden niet duidelijk zijn, waarbij hij een beroep heeft gedaan op de zogenoemde 'contra-proferentem'-regel. De commissie begrijpt zijn stelling aldus dat de van vergoeding uitgesloten middelen niet expliciet zijn genoemd, en dat, nu tadalafil niet alleen wordt voorgeschreven bij erectiestoornissen, de voor hem gunstige uitleg inhoudt dat dit middel niet onder de uitsluiting valt. De commissie volgt verzoeker hierin niet. Uit het Farmacotherapeutisch Kompas blijkt dat het middel wordt voorgeschreven bij erectiele disfunctie. Het andere gebruik, waarop verzoeker zich beroept, wordt volgens het Kompas niet aanbevolen vanwege onvoldoende gegevens over effectiviteit en veiligheid. Uit de verklaring van de behandelend uroloog valt af te leiden dat indien het middel al wordt voorgeschreven, dit is vanwege de 'dubbele werking', dat wil zeggen ook vanwege erectieproblemen. Dit leidt tot de conclusie dat tadalafil in de eerste plaats een middel is dat wordt voorgeschreven bij erectieproblemen, en juist op deze middelen ziet de uitsluiting in de verzekeringsvoorwaarden. Die uitsluiting zelf is overigens eenduidig geformuleerd en laat geen ruimte voor interpretatie.

6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 november 2020,



H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

3. Ik ben verzekerd bij ONVZ

U heeft een verzekering bij ONVZ. Dan heeft u recht op vergoeding van zorgkosten volgens de regels van die verzekering. Hier leest u daar meer over.

Ik heb zorg nodig

21. Heeft u zorg nodig? Aan de hand van de volgende regels bepalen wij of wij de zorg vergoeden. Meestal gaat de vergoeding vanzelf. De zorgverlener vraagt dan rechtstreeks vergoeding van ONVZ en ONVZ betaalt rechtstreeks aan de zorgverlener. U mag het recht op vergoeding van zorgkosten niet zonder onze toestemming aan iemand anders overdragen. Of gebruiken om iemand anders zekerheid te geven dat u een nota van die ander gaat betalen.

Stel: u heeft bij ons een verzekering en u heeft fysiotherapie nodig. Wordt dat vergoed? En is het eigen risico van toepassing, of geldt er een eigen bijdrage?

22. **Uw verzekering vergoedt de zorg en geeft recht op diensten die op onze website onder vergoedingen staan, als aan de voorwaarden is voldaan.** We bedoelen de algemene regels die u nu leest, en de voorwaarden die bij vergoedingen op de website staan.

Voorbeeld

In de algemene regels staat dat wij alleen zorg vergoeden die u in redelijkheid nodig heeft. Dit geldt altijd, ook al wordt dit niet steeds herhaald.

Bij de vergoeding kan bijvoorbeeld als voorwaarde staan dat de zorgverlener een bepaalde specialisatie heeft. Of dat u van ons toestemming moet hebben voor u naar de zorgverlener gaat.

23. **De verzekering vergoedt de kosten van zorg zolang u bij ons verzekerd bent.** Op de datum van behandeling of (bijvoorbeeld bij een geneesmiddel) de datum van aflevering die op de nota staat, moet u dus bij ons verzekerd zijn. Brengt uw zorgverlener de hele behandeling als 1 tarief in rekening, zoals bij een dbc? Dan moet u op de openingsdatum van de dbc bij ons verzekerd zijn.
24. **Wij vergoeden alleen de zorg:**
- a. **waarop u naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen, en**
 - b. **die naar inhoud en omvang als effectief en veilig wordt beschouwd**
- Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond en in de praktijk is gebleken dat de zorg goed werkt. Is dat niet aangetoond of gebleken dan geldt wat het betrokken vakgebied (de hele groep van zorgverleners) goede zorg vindt. Verder moet de zorg voor u doeltreffend zijn. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.
25. **De overheid bepaalt soms het tarief.** Voor sommige behandelingen stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een vaste of maximumprijs vast. Wij vergoeden dan deze vaste prijs, of niet meer dan de maximumprijs.

Is er geen vaste of maximumprijs van de overheid? Dan vergoeden wij een marktconforme prijs.

'Marktconform' betekent dat de nota van uw zorgverlener niet onredelijk hoog is vergeleken met wat andere zorgverleners in Nederland voor die zorg rekenen. Voor een Zvw-pgb voor verpleging en verzorging gelden de maximumbedragen die in het reglement Zvw-pgb¹ staan.

Wij betalen altijd in euro's. Is het bedrag op de nota van uw zorgverlener in een andere muntsoort? Dan rekenen wij het bedrag om naar euro's. Wij rekenen met de wisselkoers op de laatste werkdag van de maand vóór de maand waarin u de zorg ontving.

Ik betaal zelf: eigen bijdragen en eigen risico

26. **Soms betaalt u een eigen bijdrage.** Voor sommige zorg van de Vrije Keuze Basisverzekering (zoals kraamzorg thuis, sommige geneesmiddelen en een kunstgebit) geldt een wettelijke eigen bijdrage². Dat is een bedrag dat u zelf moet betalen als u de zorg krijgt. De overheid bepaalt de eigen bijdragen.
27. **U betaalt ook het verplichte eigen risico³.** De overheid bepaalt elk jaar het bedrag. **Voor 2019 is het bedrag € 385.** Dit deel van uw zorgkosten krijgt u niet vergoed. **Het eigen risico geldt alleen voor de Vrije Keuze Basisverzekering.**

¹ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

² Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/vergoedingen/eigen-bijdrage

³ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/vergoedingen/eigen-risico

Sommige geneesmiddelen vallen onder de medisch-specialistische zorg

Geneesmiddelen die u krijgt als onderdeel van zorg door de medisch specialist of tijdens een ziekenhuisopname betaalt u niet apart. Ze zitten in de rekening van het ziekenhuis.

U krijgt een vaste 'afleverhoeveelheid' mee

Per recept vergoeden wij de kosten van een geneesmiddel voor:

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

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

Geneesmiddelen aanvullende verzekering

Een aanvulling op de vergoedingen van de basisverzekering.

Wat u vergoed krijgt

De basisverzekering vergoedt de meeste gangbare geneesmiddelen waarvoor u een recept heeft. Dit valt onder de vergoeding Geneesmiddelen basisverzekering. In sommige gevallen betaalt u een eigen bijdrage.

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

- de eigen bijdrage
- de meeste geregistreerde geneesmiddelen die de basisverzekering niet vergoedt (de uitzonderingen staan in de 'andere vergoedingen' en bij 'dit wordt niet vergoed')
- verbandmiddelen als u bij een arts in behandeling bent voor een huidaandoening of wond, als ze niet onder de vergoeding Verbandmiddelen vallen

Optifit, Topfit en Superfit vergoeden ook nog:

- zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers voor de eerste 15 dagen, of als u ze korter dan 6 maanden gebruikt
- melatonine van 0,3 mg of meer per eenheid

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

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

Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

Dit wordt niet vergoed

- geneesmiddelen en eigen bijdragen waarvoor een terugbetalingsregeling² van de fabrikant geldt
- geneesmiddelen voor erectieproblemen
- geneesmiddelen voor vruchtbaarheidsbehandeling bij Extrafit en Benfit

Andere vergoedingen

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

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

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

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

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	€ 100 Maximaal per kalenderjaar voor: <ul style="list-style-type: none">• eigen bijdragen• geregistreerde geneesmiddelen• diensten apotheek• verbandmiddelen Geen vergoeding voor: <ul style="list-style-type: none">• zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers• anticonceptiegeneesmiddelen• geneesmiddelen voor vruchtbaarheidsbehandeling
Benfit	€ 200 Maximaal per kalenderjaar voor: <ul style="list-style-type: none">• eigen bijdragen• geregistreerde geneesmiddelen• diensten apotheek• verbandmiddelen Geen vergoeding voor: <ul style="list-style-type: none">• zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers• geneesmiddelen voor vruchtbaarheidsbehandeling
Optifit	€ 4.540 Maximaal per kalenderjaar voor: <ul style="list-style-type: none">• eigen bijdragen• geregistreerde geneesmiddelen• melatonine 0,3 mg en hoger• diensten apotheek• verbandmiddelen
Topfit	€ 4.540 Maximaal per kalenderjaar voor: <ul style="list-style-type: none">• eigen bijdragen• geregistreerde geneesmiddelen• melatonine 0,3 mg en hoger• diensten apotheek• verbandmiddelen
Superfit	100% Voor: <ul style="list-style-type: none">• eigen bijdragen• geregistreerde geneesmiddelen• melatonine 0,3 mg en hoger• diensten apotheek• verbandmiddelen

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor de basisverzekering. Voor de (genees)middelen en zorgdiensten die onder de aanvullende verzekeringen vallen betaalt u geen eigen risico.

De eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen die de basisverzekering vergoedt, betaalt u een wettelijke eigen bijdrage. De aanvullende verzekeringen vergoeden die eigen bijdrage, volgens de voorwaarden die u nu leest.

Dit moet u zelf doen

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

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

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

U krijgt een vaste 'afleverhoeveelheid' mee

Per recept vergoeden wij de kosten van een geneesmiddel voor:

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

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

Soms vallen geneesmiddelen onder de ziekenhuisbehandeling

Dan krijgt u het geneesmiddel in of van het ziekenhuis. De kosten vallen dan niet onder deze vergoeding, maar onder de vergoeding Medisch specialist.

Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers

Gebruikt u chronisch zelfzorggeneesmiddelen of maagzuurremmers?

Wat u vergoed krijgt

De meeste geneesmiddelen haalt u met een recept bij de apotheek. Er zijn ook geneesmiddelen waar u geen recept voor nodig heeft. Die kunt u ook bij de drogist en de supermarkt kopen. We noemen die 'zelfzorggeneesmiddelen'. Ook sommige maagzuurremmers zijn zelfzorggeneesmiddelen, en dus zonder recept te koop.

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

1. laxemiddelen (laxantia)
2. kalktabletten
3. middelen bij allergie
4. middelen tegen diarree
5. middelen tegen droge ogen
6. middelen om de maag te legen (maagledigingsmiddelen)
7. andere geneesmiddelen dan 1 t/m 6 met eenzelfde werkzaam bestanddeel en in dezelfde toedieningsvorm
8. maagzuurremmers en combinatiepreparaten met een maagzuurremmer

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