

Standpunten 2015

Beoordeling modelovereenkomsten en reglementen

Oktober 2015

Inhoud

Vooraf	7
1. Algemene standpunten	8
1.1 Aanbieden modelovereenkomsten	8
1.2 Polisblad	8
1.3 Meerdere varianten in één modelovereenkomst (gewijzigd)	8
1.4 Integratie bepalingen BV en AV	9
1.5 Afspraken met gemeenten	9
2. Polistechische standpunten	10
2.1 Natura/restitutie	10
2.1.1 Natura	10
2.1.2 Restitutie met en zonder (betalings)overeenkomsten	10
2.1.3 Combinatie	11
2.2 Bemiddeling en restitutiepolis	11
2.3 Stelsel eigen betalingen	12
2.3.1 Eigen risico	12
2.3.1.1 Verplicht eigen risico	12
2.3.1.2 Vrijwillig eigen risico	13
2.3.2 Eigen bijdrage	13
2.3.2.1 Zorggebonden eigen bijdrage	13
2.3.2.2 Eigen betalingen	14
2.3.3 Verhouding tussen eigen betalingen	15
2.4 Differentiatie eigen risico	15
2.5 Vergoedingen	15
2.5.1 Vergoeding niet-gecontracteerde zorg (gewijzigd)	15
2.5.2 Vaste vergoedingsbedragen in restitutiepolis	17
2.5.3 Zvw-pgb	17
2.6 Begin en einde zorgverzekering	18
2.6.1 Begin zorgverzekering	18
2.6.2 Beëindiging zorgverzekering van rechtswege	18
2.6.3 Beëindiging zorgverzekering door verzekerde	19
2.6.4 Beëindiging zorgverzekering door zorgverzekeraar	20
2.6.5 Overstapservice	20
2.7 Premie	20
2.7.1 Aanvangspremie	20
2.7.2 Premiegrondslag	21
2.7.3 Kortingen op premiegrondslag	21
2.7.4 Kortingen op verschuldigde premie	21
2.8 Niet tijdig betalen premie	22
2.8.1 Aanmanen en schorsen dekking	22
2.8.2 Verzwaring incassoregime premie	22
2.9 Collectiviteiten	23
2.10 Kenbaarheid wijziging polisvoorwaarden	23
3. Zorginhoudelijke standpunten	24
3.1 Algemeen	24
3.1.1 Aanspraken die verzekerde prestaties in Zvw te boven gaan	24
3.1.2 Overgangsregeling: bevat te verzekeren prestatie	24
3.1.3 Gemoedsbezwaarden	24
3.1.4 Uitsluiting vergoeding van kosten of overige diensten	25
3.1.5 Atoomkernreacties	25
3.1.6 In rekening gebracht door ...	25
3.1.7 Zorg die in het contract met de zorgverlener staat ...	25
3.1.8 Redelijke termijnen	26
3.1.9 'Gebruikelijke' zorg	26
3.1.9.1 Stand wetenschap en praktijk	27

3.1.9.2	Zorgvorm benoemen	27
3.1.9.3	Verouderde richtlijn	27
3.1.10	Indicatiebepaling	28
3.1.11	Toestemmingsvereisten	28
3.1.11.1	Proforma nota	28
3.1.11.2	In het kader van artikel 13 Zvw (gewijzigd)	28
3.1.11.3	Artikel 13 lid 5 Zvw	29
3.2	Medisch-specialistische zorg	30
3.2.1	Huisarts als zorgverlener	30
3.2.2	Titelwijziging verpleeghuisarts	30
3.2.3	Toegangsvoorwaarden/verwijzing	30
3.2.4	Kwaliteitseisen	30
3.2.5	Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard	31
3.2.6	Dialyse	31
3.2.7	Transplantatie	31
3.2.8	Leeftijdsgrens bij audiologische zorg	31
3.2.9	Leukemie bij kinderen	32
3.2.10	Epilatie transseksuelen	32
3.2.11	Voetzorg bij diabetes mellitus	32
3.2.12	Second opinion	32
3.2.13	Hypertoon zout bij longproblematiek	33
3.2.14	Protonentherapie	33
3.3	IVF	33
3.3.1	Preconceptieconsult	33
3.3.2	Richtlijn indicaties NVOG	33
3.3.3	Gerealiseerde zwangerschap	33
3.3.4	Overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen	34
3.3.5	Anoniem gedoneerde geslachtscellen	34
3.3.6	Vergoeding gebruik resterende Cryo-embryo's nadat een IVF-poging is geëindigd na een doorgaande zwangerschap	34
3.4	Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)	35
3.4.1	Zorg zoals klinisch psychologen plegen te bieden	35
3.4.2	Omschrijving prestatie eerstelijns psychologische zorg	36
3.4.3	Zorgverleners in de GGZ	36
3.4.4	Psychoanalyse	36
3.4.5	Vermelding eigen bijdrage	36
3.4.6	Persoonsgebonden budget GGZ	36
3.5	Huisartsenzorg	37
3.6	Verloskundige zorg	38
3.7	Kraamzorg	39
3.8	Dyslexiezorg	39
3.8.1	Algemeen	39
3.8.2	Leeftijd	39
3.9	Paramedische zorg	39
3.9.1	Psychosomatische fysiotherapie	40
3.9.2	Psychosomatische fysiotherapie bij angststoornissen	40
3.9.3	Geriatrische fysiotherapie	40
3.9.4	Fysiotherapie en oefentherapie bij fibromyalgie	40
3.9.5	Manuele fysiotherapie en manuele geneeskunde	40
3.9.6	Hänen-ouderprogramma	41
3.10	Verpleegkundige zorg zonder verblijf	41
3.11	Mondzorg	41
3.12	Ketenzorg	42
3.13	Andere zorgvormen	42
3.13.1	Revalidatiezorg	42
3.13.2	Ziekenvervoer	43
3.13.3	Stoppen met roken-programma	44
4.	Hulpmiddelen	45

4.1	Regelgeving Zvw en afbakening	45
4.1.1	Verwijzing naar regelgeving	45
4.1.2	Afbakening andere domeinen	45
4.2	Verzekeringsrecht	45
4.2.1	Verhouding modelovereenkomst/reglement	45
4.2.2	Volledigheid van voorwaarden	45
4.2.3	Een verzekerde heeft recht krachtens modelovereenkomst	46
4.2.4	Recht op schadevergoeding na toerekenbare onachtzaamheid	46
4.2.5	Verhuiskosten	46
4.2.6	'Verhalen op de verzekerde'	46
4.3	Functiegerichte aanspraken	46
4.3.1	Limitatieve lijst toegestaan?	46
4.3.2	Geen zorginhoudelijke criteria meer, maar wel richtlijnen mogelijk	47
4.4	Bruikleen	48
4.4.1	Bruikleen is om niet	48
4.4.2	Hulpmiddelen in bruikleen bij natura	48
4.4.3	Hulpmiddelen in bruikleen in restitutiesysteem	49
4.4.4	Verzekerde kiest voor niet-gecontracteerde aanbieder	49
4.4.4.1	Berekeningswijze bij niet-gecontracteerde zorg	49
4.4.4.2	Gedeeltelijke vergoeding	50
4.4.5	Vervoer en onderhoud (bij huur)	50
4.4.6	Modelovereenkomst en reglement	50
4.4.7	Samenvatting en conclusie	50
4.5	Doelmatigheid algemeen (uitwerking goedkoopste adequate hulpmiddel)	51
4.5.1	Naturapolissen	51
4.5.2	Restitutiepolissen	51
4.6	Doelmatigheid specifiek	52
4.6.1	Limitatieve lijst niet in de wet (wel in de toelichting)	52
4.6.2	Herstel of wijziging van een hulpmiddel	52
4.6.2.1	Reparaties	52
4.6.2.2	Reserve-exemplaar	53
4.6.2.3	Gebruikerstermijnen hulpmiddelen	53
4.6.2.4	Kosten van normaal gebruik	53
4.6.2.5	Verzekering diefstal en schade	54
4.6.2.6	Tabel onderhoud/herstel/vervanging	54
4.6.3	Voorschrijven van merk en type door zorgverzekeraar	55
4.6.4	Kwaliteitskeurmerk leverancier hulpmiddelen	55
4.6.5	Eisen aan toelichting voorschrijvend specialist	55
4.6.6	Retournering hulpmiddelen in bruikleen door nabestaanden	55
4.6.7	Intrekken toestemming bij eigendom	56
4.7	Specifieke hulpmiddelen	56
4.7.1	Geen te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg	56
4.7.2	Plaatsing anticonceptiemiddelen	57
4.7.3	Procedurevoorwaarden voor 'Zelfmeetapparatuur en thuisdialyse apparatuur	57
4.7.4	Lijm voor bevestiging van gelaatsprothesen	57
4.7.5	Terminologie	58
4.7.6	Aan- en uittrekhulpmiddelen	58
4.8	Vergoedingen	58
4.8.1	Maximumvergoeding bij niet-gecontracteerde zorg	58
4.8.2	Maximumbedragen infuuspompen	59
4.8.3	BTW	59
4.9	Privacy	59
5.	Farmaceutische zorg	60
5.1	Verhouding tussen Zvw en modelovereenkomst	60
5.1.1	Modelovereenkomst is de basis	60
5.1.2	Reglement is laagste vorm	60
5.1.3	Verwijzingen	60

5.1.4	Terminologie natura/restitutie	60
5.2	Omschrijvingen door invoering Geneesmiddelenwet	61
5.2.1	Begripsomschrijving apotheker	61
5.2.2	Verouderde begrippen	61
5.3	Wijzigingen in het reglement farmaceutische zorg	61
5.4	Kenbaarheid	62
5.4.1	Kenbaarheid van wijzigingen	62
5.4.2	Voorkeursovereenkomsten	62
5.4.3	Uitsluiten van kliniekverpakkingen	62
5.5	Preferentiebeleid	63
5.5.1	Uitwerking preferentiebeleid	63
5.5.2	Negatieve lijst	63
5.5.3	Voorlopig geen preferentiebeleid	63
5.5.4	Bandbreedte	63
5.5.5	Staatscourant is onvoldoende kenbaar	63
5.5.6	Artikelcode	64
5.5.7	Artikelomschrijving	64
5.5.8	Fabrikant wijzigen in firma	64
5.5.9	Het sluiten van voorkeursovereenkomsten	64
5.5.10	Dieetpreparaten	64
5.6	Doelmatigheid	65
5.6.1	Farmaceutische zorg overbodig	65
5.6.2	Onnodige verstrekking	65
5.6.3	Niet afhalen recept	65
5.7	Toegangs- en indicatievoorwaarden	66
5.7.1	Toestemmingsvereisten	66
5.7.2	Volledigheid van criteria	66
5.7.3	Geen toestemmingsvereiste: controle achteraf door zorgverzekeraar	66
5.7.4	Bepaalde voorschrijver	66
5.7.5	Termijn	67
5.7.6	Advies CFH	67
5.7.7	Nadere voorwaarden alleen procedureel	67
5.8	Het beoordelen van aanvragen voor vergoeding	67
5.8.1	Door de apotheker	67
5.9	Specifieke farmaceutische zorg	68
5.9.1	Lijst van middelen	68
5.9.2	Apotheekbereidingen (magistrale bereidingen)	68
5.9.3	Orphan drugs	69
5.9.4	Dieetpreparaten	69
6.	Bijlage soorten modelovereenkomsten	70

Vooraf

Voor u liggen de standpunten die bij de beoordeling van de modelovereenkomsten en reglementen tot en met 2014 zijn gehanteerd. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) hebben deze standpunten gebundeld om zorgverzekeraars een handvat te bieden bij het opstellen van de modelovereenkomsten en reglementen voor volgende polisjaren.

De zorgverzekeraar kan aan deze standpunten geen rechten ontlenen. Voor komende polisjaren kunnen, door wijzigingen in wet- en regelgeving, eerder ingenomen standpunten wijzigen. De NZa informeert zorgverzekeraars hierover met de Nieuwsbrief Beoordeling Modelovereenkomsten. Deze nieuwsbrief wordt digitaal aan zorgverzekeraars toegestuurd. Bovendien staan deze nieuwsbrieven op www.nza.nl.

1. Algemene standpunten

1.1 Aanbieden modelovereenkomsten

In artikel 25 Zorgverzekeringswet (Zvw) staat dat als een verzekeraar zorgverzekeringen wil aanbieden en uitvoeren hij dat moet melden aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Bij deze melding voegt de verzekeraar alle modelovereenkomsten volgens welke hij zorgverzekeringen wil aanbieden. Voor verzekerden van de maatschappij staan dan op grond van artikel 3 Zvw (acceptatieplicht) alle varianten open.

Als onder verschillende labels uitgebrachte polissen inhoudelijk volledig identiek zijn wat betreft formulering van rechten en verplichtingen, premiestelling, eigen risico en gecontracteerde aanbieders dan wordt aan de verplichting van artikel 3 Zvw voldaan als een verzekerde de betreffende polis kan sluiten, ongeacht het label. De verschillende labels worden dus niet als verschillende varianten van de modelovereenkomst gezien. Als per label toch verschillen ontstaan dan moeten de betreffende modellen aan de NZa worden overlegd.

In de modelovereenkomst kunnen zorgverzekeraars verwijzen naar een premiebijlage en naar reglementen zoals voor hulpmiddelen en farmacie. Voor een integrale beoordeling van de modelovereenkomst moeten premiebijlage en reglementen zijn bijgevoegd. Als de premiebijlage ontbreekt dan kan de NZa de bepalingen over de premie niet beoordelen. Dit geldt ook voor hulpmiddelen en farmaceutische zorg.

1.2 Polisblad

Het is niet mogelijk om meerdere personen op één polis te verzekeren (de zogenaamde 'gezinspolis'). Elke verzekerde is immers individueel verzekerd (artikel 2 lid 1 Zvw). Het is wel toegestaan dat zorgverzekeraars alle verzekerden binnen een gezin op één polisblad zetten zonder dat het om één polis gaat. Zo kunnen bijvoorbeeld vier verzekeringen en dus vier polissen op één polisblad worden gezet. Dit betekent dat opzeggen, schorsen en/of wijzigen voor elke verzekerde afzonderlijk moet worden geregeld (zie artikel 4 lid 4 Zvw over het burgerservicenummer). De zorgverzekeraar mag niet in de modelovereenkomst opnemen dat als de verzekeringnemer de zorgverzekering opzegt de verzekering eindigt voor alle verzekerden die op de zorgpolis zijn vermeld.

1.3 Meerdere varianten in één modelovereenkomst (gewijzigd)

In de modelovereenkomst wordt een overzicht gegeven van de rechten en plichten die zorgverzekeraar en verzekerde naar elkaar hebben, als een overeenkomst volgens het betreffende model wordt gesloten. Er zijn verschillende soorten modelovereenkomsten, zie daarvoor paragraaf 2.1. Een verzekerde die kiest voor een prestatie in natura (recht op zorg) heeft een andere rechtspositie dan een verzekerde die kiest voor een prestatie op basis van restitutie (recht op vergoeding van kosten van zorg). Omdat de rechten en plichten op dit punt verschillen, is het niet

mogelijk om deze twee varianten te integreren in één modelovereenkomst. Hiermee wordt bedoeld dat eenzelfde prestatie in één modelovereenkomst niet zowel in natura als in restitutie kan worden omschreven, dit zijn twee verschillende varianten.

1.4 Integratie bepalingen BV en AV

Steeds meer zorgverzekeraars stellen de vraag in hoeverre de bepalingen van de zorgverzekering en de aanvullende verzekering mogen worden geïntegreerd. Bij de beoordeling van de modelovereenkomsten hanteert de NZa het volgende uitgangspunt.

Als bepalingen voor zowel de basisverzekering (BV) als de aanvullende verzekering (AV) gelden dan mogen deze bepalingen in de modelovereenkomst worden geïntegreerd. Bijvoorbeeld als de opzeggingsbepalingen voor de aanvullende verzekeringen gelijk zijn aan die van de basisverzekering. Wanneer bepalingen specifiek gelden voor de aanvullende verzekering dan mogen deze geen onderdeel uitmaken van de modelovereenkomst en moeten dus in een apart gedeelte staan (zie paragraaf 3.1.1). De reden hiervoor is dat deze bepalingen hetgeen bij of krachtens de Zvw is geregeld te boven gaan of beperken en dat is in strijd met de Zvw.

1.5 Afspraken met gemeenten

Zorgverzekeraars moeten afspraken maken met gemeenten om te komen tot integrale zorg op grond van de Zvw en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De zorgverzekeraar stemt de uitvoering van zijn taken op grond van de Zvw af met de colleges van burgemeester en wethouders voor de uitvoering van de taken van die laatste op grond van de Wmo (art. 14a Zvw).

De zorgverzekeraar zorgt dat de modelovereenkomst aansluit bij de gemaakte afspraken als bedoeld in artikel 5.4.1 Wmo.

Het is aan de zorgverzekeraar om zelf te bepalen hoe hij met deze bepaling omgaat. De zorgverzekeraar kan in de polis een bepaling opnemen over integrale zorg. Dit mag echter de aanspraken op grond van de Zvw niet uitbreiden of beperken.

In de informatieverstrekking rondom de polis heeft de zorgverzekeraar ook een taak. De zorgverzekeraar moet zijn verzekerden informeren over de afspraken met gemeentes over integrale levering van zorg. De zorgverzekeraar moet hierover richting de verzekerde voldoende transparant zijn.

Het is niet verplicht om voorgenomen wetswijzigingen in de modelovereenkomst op te nemen.

2. Polistechnische standpunten

2.1 Natura/restitutie

Een zorgverzekeraar heeft in zijn modelovereenkomst de mogelijkheid om de verzekerde prestaties op een aantal manieren aan te bieden:

- in natura; of
- door middel van restitutie; of
- een combinatie van beide (bepaalde prestaties in natura en overige prestaties in restitutie).

De zorgverzekeraar kan bij de restitutievariant opnieuw kiezen voor drie mogelijkheden:

- de zorgverzekeraar laat zijn verzekerden naar iedere zorgaanbieder gaan die de betreffende zorg kan aanbieden;
- de zorgverzekeraar stuurt zijn verzekerden naar zorgaanbieders waarmee hij een overeenkomst heeft gesloten (preferred provider);
- de zorgverzekeraar laat de verzekerde voor bepaalde prestaties naar zorgaanbieders gaan waarmee hij een overeenkomst heeft gesloten en voor de overige prestaties naar iedere zorgaanbieder.

Het is van belang deze verschillende vormen nauwkeurig te onderscheiden in de modelovereenkomst en dit consequent uit te werken. In de bijlage staat een overzicht van de soorten modelovereenkomsten.

2.1.1 Natura

Een verzekerde prestatie in een naturapolis geeft de verzekerde recht op zorg, ongeacht of de zorgverzekeraar die zorg in eigen beheer verleent of door zorgaanbieders laat verlenen. De keuze van de verzekerde is per definitie beperkt tot het eigen of het gecontracteerde zorgaanbod van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor de geleverde zorg.¹ En de zorgovereenkomsten met zorgaanbieders gaan per definitie over zorg, secundair over vergoeding.

Als de verzekerde recht heeft op prestaties in natura dan wil dat zeggen dat de verzekerde recht heeft op zorg zonder bijbetaling. Buiten het gecontracteerde aanbod kan de verzekerde zorg invoeren tegen recht op een eventueel gekorte vergoeding (artikel 13 Zvw), met uitzondering van spoedeisende zorg.

2.1.2 Restitutie met en zonder (betalings)overeenkomsten

Een verzekerde prestatie in een restitutiepolis geeft de verzekerde recht op vergoeding van kosten van zorg en zonodig zorgbemiddeling. Ongeacht of de verzekerde vrij is in zijn keuze van zorgaanbieders of alleen zorg van gecontracteerd aanbod afneemt. De zorgverzekeraar is bij een restitutiepolis zonder overeenkomsten niet verantwoordelijk voor de geleverde zorg.

Bij een zuivere restitutiepolis heeft de verzekerde recht op volledige vergoeding voor zover deze niet uitgaat boven het Wmg-tarief of de redelijke marktprijs. Hierbij is niet van belang of de vergoeding wordt

¹ Dit is de verzekeraar ook bij restitutie met gecontracteerde zorg. De MvT Zvw maakt bij kwaliteitsafspraken onderscheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg, niet tussen natura en restitutie.

uitbetaald aan de verzekerde of rechtstreeks aan de zorgverlener. De zorgverzekeraar kan wel regelen dat de zorgverlener nota's rechtstreeks bij de zorgverzekeraar alst.

Een zorgverzekeraar kan met zorgaanbieders betalingsovereenkomsten sluiten over rechtstreekse afrekening door de zorgverzekeraar. Deze overeenkomsten gaan per definitie over vergoeding, secundair over zorg. De verzekerde heeft ook bij betaalovereenkomsten tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder slechts recht op vergoeding van zijn kosten.

2.1.3 Combinatie

Een zorgverzekeraar kan er ook voor kiezen om een modelovereenkomst te ontwikkelen waarbij bepaalde prestaties in natura worden aangeboden en bepaalde prestaties in restitutie. Er wordt dan gesproken van een combinatiepolis. Per verzekerde prestatie is het dan van belang om te weten of het gaat om een natura- of restitutie bepaling. Verder geldt dan wat hiervoor is vermeld.

Als een zorgverzekeraar de prestaties in de modelovereenkomst in natura omschrijft en de verzekerde heeft bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder recht op restitutie dan is sprake van een naturapolis. Ook als de vergoeding van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder niet wordt beperkt.

2.2 Bemiddeling en restitutiepolis

Artikel 11 Zvw regelt de zorgplicht van de zorgverzekeraar. Als het verzekerd risico zich voordoet dan heeft de verzekerde recht op zorg (natura) of op vergoeding (restitutie) van de kosten voor zorg en zonodig op activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg (zorgbemiddeling).

Voor de varianten van modelovereenkomsten met betrekking tot zorgbemiddeling geldt het volgende:

- Naturapolis → verzekerde heeft recht op zorg en als de zorg niet of niet tijdig kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder dan heeft de verzekerde recht op zorgbemiddeling
- Restitutiepolis → verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van zorg en zo nodig recht op zorgbemiddeling
- Combinatie → voor de aanspraken in natura heeft de verzekerde recht op zorg en als de zorg niet of niet tijdig kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder heeft de verzekerde recht op zorgbemiddeling. Voor de aanspraken in restitutie heeft de verzekerde recht op vergoeding van kosten van zorg en zo nodig recht op zorgbemiddeling.

Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt verstaan dat de zorg alleen kan worden verleend op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde of niet op een kwalitatief verantwoorde wijze.

In de modelovereenkomst moet zijn opgenomen dat de verzekerde bij de restitutievariant (en bij de aanspraken in restitutie bij de combinatievariant) zo nodig recht heeft op bemiddeling, ongeacht of deze zorg niet of niet tijdig kan worden geleverd.²

² Zie pagina 32 van de MvT Zvw.

2.3 Stelsel eigen betalingen

In het stelsel van eigen betalingen in de Zvw wordt onderscheid gemaakt tussen:

- eigen risico:
 - verplicht eigen risico
 - vrijwillig eigen risico
- eigen bijdrage:
 - zorggebonden eigen bijdrage
 - eigen betaling in geval van niet-gecontracteerde zorg

2.3.1 Eigen risico

Met ingang van 1 januari 2008 is de no-claimteruggave vervangen door een verplicht eigen risico. Er bestaan twee vormen van eigen risico. Het verplicht en het vrijwillig eigen risico. De verzekerde heeft altijd een verplicht eigen risico (€360 voor kalenderjaar 2014). Daarnaast kan de verzekerde kiezen voor een vrijwillig eigen risico van €0, €100, €200, €300, €400 of €500 per kalenderjaar. Het is niet mogelijk om het verplicht eigen risico te verhogen. De zorgverzekeraar moet in de modelovereenkomst duidelijk onderscheid maken tussen het verplichte en het vrijwillige eigen risico.

2.3.1.1 Verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico wordt beschreven in artikel 19 tot en met 22 Zvw. In de modelovereenkomst moet zijn opgenomen dat verzekerden van 18 jaar en ouder een verplicht eigen risico hebben van € 360 (polisjaar 2014) per kalenderjaar (artikel 19, lid 1 Zvw). De zorgverzekeraar moet de hoogte van het verplicht eigen risico ook vermelden op de premiebijlage.

De zorgverzekeraar moet in de modelovereenkomst opnemen welke kosten van zorg of overige diensten niet ten laste van het verplicht eigen risico komen. Buiten het verplicht eigen risico valt:

- zorg zoals huisartsen plegen te bieden (met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht);
- verloskundige zorg en kraamzorg;
- nacontroles van de donor nadat de periode is verstreken, waarin de kosten van de zorg aan de donor in verband met de opname voor de selectie en verwijdering van het transplantatiemateriaal als genoemd in het betreffende artikel van de polis (overeenkomstig artikel 2.5 Besluit zorgverzekering (Bz) ten laste komen van de zorgverzekering van de ontvanger van het transplantatiemateriaal;
- ketenzorg (zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wmgvastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen).

Overige bepalingen verplicht eigen risico

Als de zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt dan wordt het verplicht eigen risico naar evenredigheid vastgesteld. Het eigen risico wordt vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering loopt (bij bereiken van leeftijd van achttien jaar) en de noemer aan het aantal dagen in dat kalenderjaar. Dit bedrag wordt afgerond op hele euro's. In de Zvw staat niet vermeld dat de zorgverzekeraar deze bepaling in zijn modelovereenkomst moet opnemen maar het verdient aanbeveling de berekeningsmethode te omschrijven. De NZa kan bij het toezicht achteraf vaststellen of de

zorgverzekeraar de hoogte van het verplicht eigen risico correct berekent.

Als de zorgverzekeraar deze bepaling opneemt in de modelovereenkomst dan mag daarbij niet worden uitgegaan van het aantal kalendermaanden waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen. Dit is in strijd met artikel 22 lid 1 Zvw.

Als in de modelovereenkomst is opgenomen dat het verplicht eigen risico naar evenredigheid wordt berekend dan is het standpunt van de NZa dat deze bepaling juist is maar niet volledig. De zorgverzekeraar wordt geadviseerd de bepaling conform artikel 22 Zvw op te nemen.

2.3.1.2 Vrijwillig eigen risico

Het vrijwillig eigen risico wordt beschreven in de artikelen 20, 21 en 22 Zvw. De zorgverzekeraar moet in zijn modelovereenkomst opnemen welke hoogtes van het vrijwillig eigen risico hij aanbiedt. Daarbij neemt de zorgverzekeraar op welke premiekorting op de premiegrondslag bij welk vrijwillig eigen risico geldt. De zorgverzekeraar kan dit opnemen in de modelovereenkomst of op de premiebijlage. Als de hoogte van de korting nog niet bekend is dan hoeft de hoogte van de premiekorting niet te zijn opgenomen. Als maar duidelijk is dat de premiekorting wordt genoemd in de modelovereenkomst of premiebijlage.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) staat toe dat zorgverzekeraars uitsluitingen die gelden voor het verplicht eigen risico ook laten gelden voor het vrijwillig eigen risico. Dit is echter niet geregeld in de Zvw.

De zorgverzekeraar moet ook het vrijwillig eigen risico berekenen als een zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt. De berekening is hetzelfde als de berekening voor het verplicht eigen risico. Het geldende bedrag van het vrijwillig eigen risico is dan gelijk aan het voor het gehele jaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de zorgverzekering loopt en de noemer aan het aantal dagen in dat kalenderjaar. Dit bedrag wordt afgerond op hele euro's. In de Zvw staat niet vermeld dat de zorgverzekeraar deze bepaling in zijn modelovereenkomst moet opnemen maar het verdient aanbeveling de berekeningsmethode te omschrijven. De NZa kan bij het toezicht achteraf vaststellen of de zorgverzekeraar de hoogte van het verplicht eigen risico correct berekent.

Als de zorgverzekeraar deze bepaling opneemt in de modelovereenkomst dan mag daarbij niet worden uitgegaan van het aantal kalendermaanden waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen. Dit is in strijd met artikel 22 lid 1 Zvw.

Als in de modelovereenkomst is opgenomen dat het verplicht eigen risico naar evenredigheid wordt berekend dan is het standpunt van de NZa dat deze bepaling juist is maar niet volledig. De zorgverzekeraar wordt geadviseerd de bepaling conform artikel 22 Zvw op te nemen.

2.3.2 Eigen bijdrage

2.3.2.1 Zorggebonden eigen bijdrage

Verzekerden moeten in sommige gevallen een zorggebonden eigen bijdrage betalen (artikel 11 lid 3 Zvw). Eigen bijdragen gelden voor kraamzorg, hulpmiddelen, geneesmiddelen, ziekenvervoer en

psychotherapie. De wettelijke eigen bijdragen zijn gelijk voor de prestaties in natura en in restitutie. De verplichte eigen bijdragen moeten in de modelovereenkomst worden vermeld.

Aan het begrip eigen bijdrage mag alleen de wettelijke betekenis worden toegekend, die in het Bz staat. De formulering dat er een extra eigen bijdrage wordt gerekend als wordt gekozen voor bijvoorbeeld niet-gecontracteerde kraamzorg is dan ook niet toegestaan. Dit valt onder eigen betalingen.

2.3.2.2 Eigen betalingen

Het is mogelijk dat een bepaalde vorm van zorg moet worden verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder (natura zorgverzekering of restitutie met gecontracteerd aanbod). De verzekerde kan deze zorg toch van een niet door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder afnemen.

Artikel 13 Zvw geeft de zorgverzekeraar het recht een afwijkende vergoeding te geven aan de verzekerde, indien die de zorg van een andere zorgaanbieder betreft, dan de aanbieders die door de zorgverzekeraar zijn gecontracteerd. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen in Nederland of in het buitenland gevestigde zorgaanbieders.

Dit kan betekenen dat de verzekerde een deel van de rekening van de zorgaanbieder zelf moet betalen. De zorgverzekeraar moet in de modelovereenkomst de berekeningswijze van de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg opnemen (bijvoorbeeld percentage Wmg tarief of marktconform bedrag).

De NZa toetst de hoogte van de restitutievergoeding bij niet-gecontracteerde zorg procedureel. Dat wil zeggen dat wij geen oordeel geven over hoogte of percentage. De Zvw stelt een bovengrens (in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend).

Een zorgverzekeraar mag op grond van artikel 13 Zvw een vergoeding bepalen voor niet gecontracteerde zorg. Deze vergoeding mag niet dusdanig zijn dat die een feitelijke hinderpaal opwerpt voor de verzekerde om zorg te betrekken van een niet gecontracteerde zorgaanbieder. Dit geldt voor alle aanspraken waarbij gebruik wordt gemaakt van gecontracteerde zorg en waarbij een afwijkende vergoeding wordt gegeven voor zorg geleverd door niet-gecontracteerde aanbieders (natura- en restitutieverzekeringen).

Voor de vraag wanneer er sprake is van een hinderpaal verwijzen wij u naar op de bestaande jurisprudentie. Zie hiervoor een uitspraak van de Hoge Raad van 11 juli 2014.³ De NZa toetst alleen of de vergoeding geen 0 euro of 0% is. Wij beoordelen niet of de hoogte van de vergoeding voor verzekerden een hinderpaal zou kunnen zijn om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan.

De zorgverzekeraar moet richting de verzekerde bovendien wel transparant zijn over de hoogte van de restitutievergoeding.

³ ECLI:NL:HR:2014:1646 11 juli 2014.

2.3.3 Verhouding tussen eigen betalingen

De zorgverzekeraar moet in de modelovereenkomst de verhouding tussen de eigen betalingen opnemen.

De waarde van de verzekerde prestatie wordt eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico. Als het verplicht eigen risico geheel is 'geconsumeerd', moet de verzekeraar de waarde van de verleende zorg, tot aan het door de verzekeringnemer voor de betreffende verzekerde gekozen vrijwillig eigen risico, bij de verzekeringnemer in rekening brengen. Heeft de verzekerde dan nog meer zorg nodig, dan levert of betaalt de zorgverzekeraar zonder dat er nog vorderingen op de verzekeringnemer zijn.

Zorggebonden eigen bijdragen en de eigen betalingen in geval van niet-gecontracteerde zorg mogen niet worden meegeteld voor het volmaken van het verplicht en vrijwillig eigen risico.

2.4 Differentiatie eigen risico

De NZa is van mening dat de zorgverzekeraar duidelijk in zijn modelovereenkomst aan moet geven als hij gebruik maakt van de mogelijkheid het (vrijwillig) eigen risico te differentiëren. De verdere uitwerking (zoals voor welke zorgvormen en zorgaanbieders het afwijkende eigen risico geldt) kan worden vastgelegd in een bijlage.

De lijst met zorgvormen en zorgaanbieders waarvoor het afwijkende eigen risico geldt is een wezenlijk keuzeonderdeel voor de verzekerden. Daarom is het van belang dat voorafgaand aan de overstapperiode bekend is voor welke zorgvormen het afwijkende eigen risico geldt, welke aanbieders als voorkeursaanbieders zijn aangewezen en waar de verzekerde informatie kan vinden. De transparantie voor verzekerden is een belangrijk aspect. Ook bij het toezicht door de NZa.

Zoals hierboven is beschreven kunnen zorgverzekeraars bepaalde zorg buiten het eigen risico laten. Hierbij gaat het om het 'niet ten laste brengen' en niet om het 'kwijschelden' van het verplicht eigen risico. Zorgverzekeraars kunnen het verplicht eigen risico niet kwijschelden als een verzekerde naar de voorkeursaanbieder gaat. In een dergelijk geval worden de kosten niet ten laste van het verplicht eigen risico gebracht, maar blijft het openstaande eigen risicobedrag bestaan. Als een zorgverzekeraar de verzekerde hiervoor wil compenseren dan moet dit buiten de Zvw gebeuren. Hoe daar invulling aan wordt gegeven is aan de zorgverzekeraar. Aangezien de NZa alleen toezicht houdt op de uitvoering van de Zvw valt dit buiten het toezicht door de NZa (met uitzondering van de informatieverstrekking).

Zoals eerder is vermeld staat de minister toe dat zorgverzekeraars uitsluitingen die gelden voor het verplicht eigen risico ook laten gelden voor het vrijwillig eigen risico. Dit geldt ook voor de differentiatie van het verplicht eigen risico. De zorgverzekeraar kan dit ook laten gelden voor het vrijwillig eigen risico.

2.5 Vergoedingen

2.5.1 Vergoeding niet-gecontracteerde zorg (gewijzigd)

Bij een modelovereenkomst zonder gecontracteerde zorg (dat is altijd een restitutiepolis) is de vergoeding 100% van de kosten. Deze vergoeding blijft beperkt tot de kosten die in de Nederlandse

marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn (artikel 2.2 Bz). Bij een modelovereenkomst met gecontracteerde zorg hoeft, daar waar gecontracteerde zorg beschikbaar is, de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg niet 100% te zijn.⁴

De zorgverzekeraar mag zelf een vergoeding bepalen voor niet gecontracteerde zorg. Maar die vergoeding mag geen hinderpaal vormen voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg. Voor de duiding van het begrip hinderpaal wordt verwezen naar de bestaande jurisprudentie daarover.

Op basis van die jurisprudentie is de NZa van oordeel dat vergoedingspercentages voor niet gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het marktconforme tarief naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren.⁵ Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen.

Een dergelijke hardheidsclausule moet de verzekerde dan in een concreet geval de mogelijkheid geven om bij de zorgverzekeraar aanspraak te maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg. Uiteindelijk laat een eventueel oordeel dat een in een modelovereenkomst opgenomen percentage op voorhand niet in strijd kan worden geacht met artikel 13 Zvw, onverlet dat hierover in een concreet geval anders moet worden geoordeeld.

Zowel in de polissen als in de informatie over de polissen is het hierbij van belang dat de zorgverzekeraars transparant zijn over de exacte wijze waarop de hoogte van de uiteindelijke vergoedingsbeperking berekend wordt. Wanneer de zorgverzekeraar de vergoedingsbeperking bijvoorbeeld berekent als een percentage van het gemiddeld gecontracteerde tarief of een andere variant van het 'marktconform tarief', dient de verzekeraar specifiek toe te lichten hoe deze berekening in zijn werk gaat⁶.

Ook dient de verzekeraar transparant te zijn over het absolute bedrag dat de verzekeraar voor een behandeling zal vergoeden. Wanneer informatie ontbreekt waardoor dit absolute bedrag nog niet berekend kan worden, dient de verzekeraar altijd ten minste een indicatie te geven van de te verwachten vergoeding.⁷

Vergoeding niet-gecontracteerde zorg buitenland

Er mag geen onderscheid worden gemaakt in de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg voor verzekerden die in Nederland wonen of die in het buitenland verblijven. Als een zorgverzekeraar onvoldoende zorg

⁴ Zie ook paragraaf 3.1.11.2 voor toestemmingsvereisten in kader van artikel 13 Zvw.

⁵ Het 'marktconforme tarief' wil zeggen het gemiddelde tarief waartegen de betreffende prestatie is gecontracteerd door de zorgverzekeraar, het door de NZa vastgestelde (maximum- of vaste) tarief, of een vergelijkbare berekeningsmethode.

⁶ Zie voor de transparantieplichtingen met name art. 40 Wmg, art. 13 Zvw, Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-018) en artikel 13 van de Regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-004).

⁷ Zie artikel 16 Regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-004). Hierin staat beschreven onder welke omstandigheden de verzekeraar het absolute bedrag moet berekenen, en onder welke omstandigheden de verzekeraar alleen een indicatie hoeft te geven door ontbrekende informatie.

heeft gecontracteerd voor een verzekerde die zorg in het buitenland nodig heeft dan mag hij geen vergoedingsbeperking toepassen voor het gaan naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dit zal vaak voorkomen omdat de meeste zorgverzekeraars in het buitenland geen of onvoldoende zorgaanbieders zullen hebben gecontracteerd. Dit betekent echter niet dat op voorhand in de polis mag worden opgenomen dat bij wonen of verblijven in het buitenland voor niet-gecontracteerde zorg de vergoeding voor de verzekerde per definitie maximaal het in Nederlandse marktomstandigheden passende tarief is. In dat geval zal een verzekerde die nog net in Nederland woont en naar een bepaalde buitenlandse zorgaanbieder gaat, gekort worden, terwijl een verzekerde in het buitenland niet gekort wordt bij dezelfde zorgaanbieder. In een dergelijk geval zou de woonregio de bepalende factor voor de hoogte van vergoeding zijn. Dit is niet conform de Zvw. Bovendien kan het ook voorkomen dat een verzekerde net over de grens woont en voor hem in Nederland gecontracteerde aanbieders voldoende dichtbij zijn.

2.5.2 Vaste vergoedingsbedragen in restitutiepolis

In een restitutiepolis zonder gecontracteerde zorg kan een zorgverzekeraar geen vast bedrag voor de vergoeding van zorg in de polis opnemen (bijvoorbeeld voor fysiotherapie). Alleen als er sprake is van gecontracteerde zorg is zo'n bepaling mogelijk. In dat geval wordt de gecontracteerde zorg voor 100% vergoed en kan de zorgverzekeraar bepalen dat bij afname van een niet-gecontracteerde aanbieder een lagere vergoeding wordt gegeven (artikel 13 lid 1 Zvw).

Deze vergoeding mag echter niet zo laag zijn dat deze voor verzekerden een hinderpaal oplevert om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Zie hiervoor een uitspraak van de Hoge Raad van 11 juli 2014.⁸

Bij een restitutiepolis zonder gecontracteerde zorg moet de zorgverzekeraar de (volledige) kosten van zorg vergoeden (artikel 11 lid 1 Zvw, artikel 2.2 lid 1 Bz). Bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) kan worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van verzekerde komt. Dat is gebeurd in artikel 2.2 Bz: op de vergoeding moet de zorgverzekeraar het bedrag in mindering brengen van *kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten*.⁹

De zorgverzekeraar moet dus (in beginsel) de volledige nota vergoeden, tenzij de zorgverzekeraar kan aantonen dat een voor vergoeding ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is. Het is dus niet de bedoeling om een 'redelijk' of gemiddeld bedrag als vast vergoedingsbedrag in de modelovereenkomst vast te leggen.

2.5.3 Zvw-pgb

De zorgverzekeraar kan in de modelovereenkomst de mogelijkheid van een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) opnemen. Hiertoe was in 2014 een wetvoorstel opgesteld. Alle zorgverzekeraars hebben hiertoe een reglement opgesteld. In verband met het niet doorgaan van de voorgenomen wijziging van artikel 13 Zvw is ook deze regeling niet ingevoerd. Dit betekent dat zorgverzekeraars alleen op vrijwillige basis een Zvw-PGB kunnen invoeren. De NZa kan niet handhavend optreden op het ontbreken van een Zvw-PGB.

⁸ ECLI:NL:HR:2014:1646 11 juli 2014.

⁹ Zie MvT op artikel 11 Zvw.

Indien de zorgverzekeraar een Zvw-PGB heeft opgenomen in zijn modelovereenkomst kan een verzekerde voor verpleging en verzorging zonder verblijf (art. 10 sub e en f Zvw) desgevraagd in aanmerking komen voor vergoeding in de vorm van een Zvw-pgb.

Het Zvw-pgb sluit aan bij de systematiek van de Zorgverzekeringswet. Leidend blijven de polisvoorwaarden die zorgverzekeraar en verzekerde met elkaar afspreken.

De zorgverzekeraar moet indien hij een Zvw-PGB aan zijn verzekerden aanbiedt, in zijn modelovereenkomst of reglement PGB de voorwaarden opnemen waaraan de verzekerde moet voldoen om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb. Hierover hebben zorgverzekeraars afspraken gemaakt in de bestuurlijke afspraken tussen ZN, Per Saldo en de minister en staatssecretaris van VWS zijn afgesproken.¹⁰ Zorgverzekeraars Nederland heeft een voorbeeld reglement ontwikkeld waarin deze voorwaarden zijn opgenomen.

2.6 Begin en einde zorgverzekering

2.6.1 Begin zorgverzekering

In de modelovereenkomst moeten bepalingen staan over het begin van de zorgverzekering. In artikel 5 van de Zvw staat dat de zorgverzekering ingaat op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek tot het afsluiten van een zorgverzekering heeft ontvangen. Het is mogelijk dat de zorgverzekeraar op basis van dit verzoek niet vast kan stellen of hij verplicht is voor de te verzekeren persoon een zorgverzekering te sluiten. Als hij deze persoon verzoekt de voor deze vaststelling noodzakelijke gegevens te leveren dan gaat de zorgverzekering in op de dag waarop aan dit verzoek is voldaan. Als degene voor wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag dat de zorgverzekeraar het verzoek ontvangt al is verzekerd en de verzekeringnemer aangeeft dat hij wil dat de zorgverzekering op een door hem aangegeven latere dag ingaat dan gaat de verzekering op die latere dag in.

Als in de modelovereenkomst staat dat de zorgverzekering ingaat op de op het polisblad vermelde datum dan is het standpunt van de NZa dat deze bepaling juist maar niet volledig is. Uit deze bepaling blijkt niet op welke wijze de ingangsdatum wordt vastgesteld. Het verdient aanbeveling dit punt conform artikel 5 Zvw te omschrijven. De NZa kan bij het toezicht achteraf controleren of het begin van de verzekering in overeenstemming met de Zvw is ingegaan.

2.6.2 Beëindiging zorgverzekering van rechtswege

In de modelovereenkomst moeten bepalingen staan over de beëindiging van de zorgverzekering. In artikel 6 Zvw staat beschreven wanneer de zorgverzekering van rechtswege eindigt. Dit is met ingang van de dag volgende op de dag waarop:

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren.
- de verzekerde door wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar komt te wonen.
- de verzekerde overlijdt.

¹⁰ Zie «Uitgangspunten en inhoud van Zvw-pgb», een onderhandelingsresultaat overeengekomen tussen Per Saldo, ZN en de Minister en Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

- de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt.

De zorgverzekeraar moet in ieder geval de bepalingen uit het derde en vierde gedachtenstreepje in de modelovereenkomst opnemen. Voor het eerste gedachtenstreepje geldt dat in die situatie wettelijk is bepaald dat de verzekering eindigt. Hierdoor is het niet verplicht deze bepaling in de modelovereenkomst op te nemen. De NZa adviseert de zorgverzekeraar wel deze bepaling op te nemen.

Voor het tweede gedachtenstreepje geldt bovendien dat in artikel 6 Zvw is opgenomen dat de zorgverzekering van rechtswege eindigt met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgend op de dag waarop de verzekerde, zonder dat zijn verzekeringsplicht eindigt, door verhuizing komt te wonen buiten een provincie waarin zijn zorgverzekeraar de voor hem gesloten variant van de zorgverzekering aanbiedt of uitvoert.

Als deze bepaling ontbreekt en het werkgebied van de zorgverzekeraar is heel Nederland dan is dit niet in strijd met de Zvw. De modelovereenkomst staat open voor elke verzekeringsplichtige in Nederland en moet ook open staan voor in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen. Daarom kan de verzekerde niet verhuizen naar buiten het werkgebied waar de modelovereenkomst door de zorgverzekeraar wordt aangeboden.

Als deze bepaling ontbreekt en het werkgebied van de zorgverzekeraar is een gedeelte van Nederland dan is dit wel in strijd met de Zvw. De NZa kan bij het toezicht achteraf controleren of de zorgverzekering daadwerkelijk van rechtswege eindigt als de verzekerde naar buiten het werkgebied van de modelovereenkomst verhuist.

2.6.3 Beëindiging zorgverzekering door verzekerde

Uit de modelovereenkomst moet blijken welke mogelijkheden de verzekerde heeft voor het beëindigen van de zorgverzekering. Mogelijkheden voor het beëindigen van de zorgverzekering, genoemd in artikel 7 van de Zvw:

- de verzekeringnemer kan de zorgverzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen.
- de verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de zorgverzekering opzeggen als de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering wordt verzekerd.
- de verzekeringnemer kan de zorgverzekering *niet opzeggen* als een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 Zvw gestelde regels.

In de modelovereenkomst moeten deze bepalingen in overeenstemmig met artikel 7 Zvw zijn opgenomen. Daarnaast heeft de verzekerde op grond van het BW nog de mogelijkheid de zorgverzekering te beëindigen bij wijziging van de voorwaarden en de premiegrondslag (artikel 940, vierde lid, Boek 7 BW). Ondanks dat het hier gaat om een bepaling uit het BW, is de NZa van mening dat deze bepaling in de modelovereenkomst moet worden opgenomen. Verzekerde wordt zo een goed overzicht gegeven van de opzeggingsmogelijkheden. Zie de Memorie van Toelichting (MvT) bij artikel 6 tot en met 8 Zvw.

De zorgverzekeraar kan in de modelovereenkomst nog andere opzeggings- of ontbindingsmogelijkheden opnemen. Is dit het geval dan

zijn de artikelen 925, 939 en 940, eerste, derde, vierde en vijfde lid Boek 7 BW van toepassing.

2.6.4 Beëindiging zorgverzekering door zorgverzekeraar

De Zvw kent op dit moment geen aan de zorgverzekeraar gericht verbod om bij wanbetaling een zorgverzekering te beëindigen of de dekking daarvan te schorsen. Of het nu gaat om wanbetaling van de premie (zie paragraaf 2.8) of van andere voor de zorgverzekering verschuldigde bedragen. Zoals onder een eigen risico vallende bedragen. Dat moet dan wel in de modelovereenkomst zijn opgenomen. En daarmee dus ook in de individuele zorgpolis of daarbij behorende stukken.

2.6.5 Overstapservice

Vanaf polisjaar 2011 wordt het onderwerp overstapservice in modelovereenkomsten opgenomen. De bewoording die hiervoor wordt gebruikt is vaak niet duidelijk of niet correct. In veel modelovereenkomsten wordt gesproken over u, maar is niet altijd duidelijk op wie het woord u betrekking heeft: de verzekerde of de verzekeringnemer. In de Zvw wordt onderscheid gemaakt tussen de verzekerde en de verzekeringnemer. Dat geldt onder meer voor artikel 7 waarin het opzeggen van de zorgverzekering is geregeld. Het is dus van belang dat zorgverzekeraars in de polis de juiste begrippen hanteren.

2.7 Premie

2.7.1 Aanvangspremie

De zorgverzekering gaat in op de dag dat het verzoek binnenkomt (artikel 5 Zvw). Op het moment dat de zorgverzekering tot stand is gekomen, is de verzekeringnemer premie verschuldigd (artikel 16 Zvw). Deze twee artikelen samen leidt tot de conclusie dat de zorgverzekering is ontstaan, ook al is er nog geen premie betaald. Er is wel een verplichting tot premiebetaling. Deze conclusie spoort met artikel 925 Boek 7 BW. 'Omdat de premiebetaling tot één van de essentialia van de verzekeringsovereenkomst moet worden gerekend, heeft dit tot gevolg dat pas van een verzekeringsovereenkomst sprake is als óf feitelijk premie is betaald, dan wel dat er een verplichting bestaat tot premiebetaling'.¹¹

In de Zvw is in artikel 8 opgenomen dat niet met terugwerkende kracht opgezegd of ontbonden kan worden wegens het niet betalen van de premie. Verder zijn er geen nadere bepalingen over de premiebetalingen opgenomen. In artikel 7:934 BW is een aanmaningsverplichting geregeld als het gaat om het niet betalen van de vervolgpremie. Aan artikel 8 Zvw is een derde lid toegevoegd. Dit bepaalt dat artikel 7:934 BW ook van toepassing is voor de eerste verschuldigde premie van een zorgverzekering.

In de modelovereenkomst mag niet worden opgenomen dat de verzekering niet wordt geacht tot stand te zijn gekomen als de premie niet voor de premievervaldag is voldaan. Dit is in strijd met de Zvw.

¹¹ J.H. Wansink, Het nieuwe verzekeringsrecht: een eerste verkenning van 7.17 BW, Deventer: Kluwer 2005, blz. 51.

Het is ook in strijd met de Zvw als in de modelovereenkomst staat dat de dekking zonder aanmaning wordt geschorst als de aanvangspremie niet tijdig is betaald.

2.7.2 Premiegrondslag

De premie wordt beschreven in de artikelen 16 en 17 van de Zvw. De grondslag van de premie is de premie als geen premiekorting geldt of zou gelden. De verschuldigde premie is gelijk aan de grondslag van de premie verminderd met eventuele premiekortingen. In de modelovereenkomst of premiebijlage moet de zorgverzekeraar de grondslag van de premie en de bijbehorende premiekorting(en) opnemen. Als de premiegrondslagen nog niet zijn berekend, is het voldoende als de zorgverzekeraar aangeeft dat de premiegrondslag in de modelovereenkomst of op de premiebijlage nog moet worden ingevuld. Het is voor de beoordeling niet van belang hoe hoog de premiegrondslag is, alleen dat hij wordt opgenomen.

Een verzekeringsplichtige van achttien jaar en ouder is premie verschuldigd. Als een verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt, is hij vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin de leeftijd van achttien jaar is bereikt premie verschuldigd. Deze bepaling moet ook op deze manier worden opgenomen in de modelovereenkomst. Deze bepaling staat in relatie tot het moment waarop de verzekerde een verplicht eigen risico heeft en de keuze voor een vrijwillig eigen risico. Dit alles gaat in op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt. Als deze bepaling niet op deze wijze is opgenomen in de modelovereenkomst dan is dit in strijd met de Zvw.

Een wijziging in de premiegrondslag gaat niet eerder in dan zes weken na de dag waarop die premie bij de verzekerden is bekendgemaakt.

2.7.3 Kortingen op premiegrondslag

In artikel 17 lid 4 Zvw wordt de 'grondslag van de premie' omschreven als: 'de grondslag van de premie is de premie als geen premiekorting als bedoeld in artikel 18, vierde lid, of artikel 20 Zvw geldt of zou gelden'.

Uit de tekst van de Zvw vloeit voort dat de premiegrondslag alleen mag verschillen als dit door een verschil in de verhouding natura/restitutie wordt gerechtvaardigd. Zelfs als in de zorgverzekering bepaalde prestaties zijn uitgesloten, mag de premiegrondslag niet worden verlaagd. Uit de wet blijkt dat de enige twee kortingen die op de premiegrondslag zijn toegestaan, de kortingen zijn in verband met collectiviteit of eigen risico. De formulering van het vijfde lid van artikel 17 Zvw, specifiek de woorden 'is gelijk aan', wijst op een limitatieve opsomming. Kortingen dan wel toeslagen op de premiegrondslag anders dan kortingen in verband met collectiviteit of eigen risico zijn in strijd met de Zvw.

De premiekortingen in verband met een collectiviteit en een eigen risico moeten beide worden berekend op basis van de premiegrondslag van de zorgverzekering.

2.7.4 Kortingen op verschuldigde premie

In artikel 17 lid 5 Zvw wordt de 'verschuldigde premie' omschreven als: 'de verschuldigde is gelijk aan de grondslag van de premie behorende bij de variant van de zorgverzekering die de verzekeringnemer gekozen

heeft, verminderd met de premiekortingen, bedoeld in de artikelen 18, vierde lid, of 20 Zvw, als deze van toepassing zijn'.

Het vaststellen van de premiegrondslag en de verschuldigde premie is uitputtend geregeld in de Zvw. Over het geven van een korting op de verschuldigde premie is echter niets geregeld in de Zvw. Een dergelijke korting of toeslag mag niet in strijd zijn met het stelsel of de strekking van de Zvw. Het stelsel van de wet verzet zich niet tegen een korting of toeslag op de verschuldigde premie. De verzekerde behoudt zijn keuzemogelijkheden en de acceptatieplicht komt door deze korting niet in het geding. De volgende vraag is of de strekking van de Zvw zich ertegen verzet dat een zorgverzekeraar een korting op de verschuldigde premie verleent of een toeslag vraagt. Artikel 17 van de Zvw bevat een verbod op premiedifferentiatie. Volgens de MvT geldt als één van de basiselementen van de verzekering een door de zorgverzekeraar zelf vastgestelde nominale premie voor verzekerden van achttien jaar en ouder, die niet naar gezondheid, leeftijd of andere aan de verzekerde gerelateerde factoren gedifferentieerd mag worden. Kortingen dan wel toeslagen op de verschuldigde premie zijn dus mogelijk, onder de voorwaarde dat deze niet gedifferentieerd worden naar leeftijd, geslacht, ziekterisico of andere aan de verzekerde gerelateerde kenmerken.

2.8 Niet tijdig betalen premie

2.8.1 Aanmanen en schorsen dekking

Uit de modelovereenkomst moet duidelijk zijn dat tussen aanmaning en opschorting van de verzekerde prestaties ten minste 14 dagen zit, te beginnen op de dag na de aanmaning. Als de verzekerde alsnog de achterstallige premie heeft betaald dan kan de zorgverzekeraar de zorgverzekering niet wegens wanbetaling beëindigen (artikel 8 lid 1 Zvw).

Als een zorgverzekeraar de dekking onder nadere voorwaarden herstelt dan mag dit alleen gaan om administratieve voorwaarden. Bijvoorbeeld betaling van de premie vooraf of het geven van een incassomachtiging.

De zorgverzekeraar hoeft de zorg die de verzekerde tijdens de periode van opschorting heeft genoten niet te vergoeden. Zorg die na herstel van de dekking wordt genoten moet wel worden geleverd of vergoed. Dit geldt ook als de oorzaak van de zorgbehoefte is ontstaan in de periode van opschorting. Dit laatste is het logische gevolg van de acceptatieplicht van de Zvw. Deze geldt immers ook voor 'brandende huizen'.

Het beëindigen van de zorgverzekering wegens wanbetaling mag niet met terugwerkende kracht.

2.8.2 Verzwaring incassoregime premie

Eind 2007 is een wetsvoorstel aangenomen waarin de Zvw is gewijzigd met het oog op het verzwaren van het premie-incassoregime. Aan de Zvw is artikel 8a toegevoegd. In het eerste lid van dit artikel is geregeld dat nadat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van één of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, de verzekeringnemer de zorgverzekering niet kan opzeggen zolang de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn voldaan. Tenzij de zorgverzekeraar de dekking van de zorgverzekering heeft geschorst.

Het tweede lid van artikel 8a van de Zvw bevat een uitzondering op het eerste lid: als de zorgverzekeraar de verzekeringnemer binnen twee weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen.

Als de zorgverzekeraar invulling wil geven aan artikel 8a van de Zvw moet hij in de modelovereenkomst bij de bepalingen over het einde van de zorgverzekering opnemen dat de verzekerde de zorgverzekering niet kan opzeggen als na aanmaning één of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie niet zijn voldaan. Daarbij moet wel worden aangegeven dat dit niet geldt als de verzekeraar de dekking van de zorgverzekering heeft geschorst.

Zorgverzekeraars die in aanmerking willen komen voor compensatie voor wanbetalers moeten in hun modelovereenkomst artikel 8a van de Zvw verwerken. De NZa gaat er bij de beoordeling van de modelovereenkomsten van uit dat een verzekeraar die de bepalingen uit artikel 8a Zvw niet in de modelovereenkomst heeft opgenomen, niet in aanmerking wil komen voor compensatie.

2.9 Collectiviteiten

In artikel 18 Zvw wordt bij collectiviteiten alleen gesproken over werkgevers en werknemers. Dit impliceert dat het niet mogelijk is om partners en kinderen van werknemers collectief te verzekeren. De Invoering- en Aanpassingswet Zorgverzekeringswet biedt hierover meer duidelijkheid. In artikel 2.4.2 onder I van de I&A-wet staat dat artikel 18 van de Zvw zo is gewijzigd dat werkgevers ook direct samen met kortingen voor hun werknemers kortingen voor de gezinsleden kunnen bedingen.

2.10 Kenbaarheid wijziging polisvoorwaarden

Zorgverzekeraars moeten wijzigingen in de polis bekend maken zodat alle verzekerden die het aangaat daar kennis van kunnen nemen.

Poliswijzigingen moeten in beginsel schriftelijk worden gemeld. De regeling van de schadeverzekering staat in titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek (BW). In artikel 7:933 BW is bepaald dat alle mededelingen waartoe de bepalingen van titel 7.17 of de overeenkomst de zorgverzekeraar aanleiding geven, schriftelijk geschieden.

Het alleen kenbaar maken van de wijzigingen op internet en of het opvraagbaar laten zijn van de meest recente versie via een telefoonnummer is niet voldoende. Als een zorgverzekeraar wijzigingen alleen op internet publiceert of opvraagbaar laat zijn via een telefoonnummer dan loopt hij het risico dat hij op die wijziging geen beroep kan doen omdat verzekerden daarvan geen kennis konden nemen. Voor verzekerden kan, behalve de uitzondering van art. 7 lid 3, onder b Zvw, de wijziging grond zijn voor opzegging.

3. Zorginhoudelijke standpunten

3.1 Algemeen

3.1.1 Aanspraken die verzekerde prestaties in Zvw te boven gaan

In de Zvw is 'zorgverzekering' gedefinieerd als: 'een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens deze wet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan' (artikel 1 onder d Zvw). Een 'modelovereenkomst' is in de Zvw gedefinieerd als: 'model van een zorgverzekering, waarin een overzicht wordt gegeven van de rechten en plichten die de verzekeringnemer, de verzekerde en de zorgverzekeraar jegens elkaar zullen hebben indien een overeenkomst volgens het desbetreffende model wordt gesloten' (artikel 1 onder j Zvw).

In het Bz kunnen vormen van zorg of overige diensten worden uitgezonderd (artikel 11 lid 4 onder a Zvw). Daarnaast kan een zorgverzekeraar een modelovereenkomst aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens artikel 11 eerste en derde lid Zvw, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven (artikel 11 lid 5 Zvw).

Dit betekent dat de verzekerde prestaties in de modelovereenkomst het bij of krachtens de wet geregelde niet te boven mogen gaan of beperken. Tenzij sprake is van een modelovereenkomst als genoemd in artikel 11 lid 5 Zvw.

De modelovereenkomst is een model van een zorgverzekering. De verzekerde prestaties mogen het bij of krachtens de Zvw geregelde niet te boven gaan. Daarom mogen de algemene voorwaarden voor de aanvullende verzekering of AWBZ geen onderdeel uitmaken van de modelovereenkomst.¹²

3.1.2 Overgangsregeling: bevat te verzekeren prestatie

In de polis moet de *volledige* inhoud en omvang van de te verzekeren prestatie zijn omschreven. Voor degenen die onder het overgangsrecht vallen wat betreft de uit de Regeling zorgverzekering (Rv) geschrapte aangepaste stoel met uitsluitend een sta-op-functie, is de inhoud en omvang anders dan die van degenen die niet onder het overgangsrecht vallen. Een polis moet voor alle verzekerden wat betreft de inhoud en omvang volledig zijn (en kenbaar). Het niet opnemen van de overgangsbepaling maakt dat de polis niet voldoet aan deze eisen.

3.1.3 Gemoedsbezwaarden

In artikel 11 vijfde lid Zvw staat dat een zorgverzekeraar een modelovereenkomst kan aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische

¹² Zie ook paragraaf 1.4.

of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Dit betekent dat zorgverzekeraars de mogelijkheid hebben om de modelovereenkomsten te beperken voor de volgende prestaties (zoals genoemd in het aangenomen amendement):

- Abortus provocatus, uitgezonderd de vitale indicatie;
- Opzettelijk levensbeëindigend handelen;
- Kunstmatige voortplantingstechnieken, waarbij embryo's in vitro tot stand worden gebracht en/of waarbij geslachtscellen van anderen dan de partner worden gebruikt;
- Geslachtsveranderende ingrepen;
- Genetisch onderzoek waarbij het doden van een ongebooren vrucht aan de orde kan zijn.

Het is toegestaan dat een zorgverzekeraar deze uitsluitingen opneemt in zijn modelovereenkomst. Er is alleen geen mogelijkheid voor premiedifferentiatie. Een modelovereenkomst voor gemoedsbezwaarden moet als gevolg hiervan dezelfde premiegrondslag hebben als een modelovereenkomst met een volledige dekking.

3.1.4 Uitsluiting vergoeding van kosten of overige diensten

Kosten in verband met onderzoeken, controles en behandelingen van preventieve aard mogen niet in zijn algemeenheid worden uitgesloten, voor zover het gaat om zorg zoals huisartsen en medisch specialisten (enz.) plegen te bieden en voldaan is aan artikel 2.1 lid 2 Bz. Dit geldt ook voor specifieke behandelingen (zoals uitstrijkje). Ook mogen hieraan geen nadere voorwaarden worden gesteld. Een aantal preventieve zorgvormen zoals borst- en baarmoederhalskankeronderzoek, is en blijft subsidie. Dat wil niet zeggen dat een uitstrijkje dan niet meer tot de verzekerde zorg kan behoren.

Uitgesloten van verzekerde zorg in de Zvw zijn:

- griepinjectie;
- reizigersvaccinaties;
- keuring, tenzij het gebeurt in het kader van een medische behandeling (dan is het een onderzoek);
- kosten als gevolg van het niet nakomen van afspraken.

3.1.5 Atoomkernreacties

In de toelichting op artikel 11 Zvw staat dat schade ten gevolge van kernexplosies of natuurrampen wel onder de zorgverzekering vallen. Een zorgverzekeraar mag de zorg die is veroorzaakt door of voortvloeit uit atoomkernreacties niet uitsluiten van de zorgverzekering.

3.1.6 In rekening gebracht door ...

Zorg kan niet worden gedefinieerd als 'in rekening gebracht door x' (x = een bepaalde aanbieder). De dekking moet de inhoud van de prestatie beschrijven en kan aangeven welke zorgaanbieder de zorg levert, maar dat staat los van rekeningen en betalingen. Met andere woorden: de rekening kan geen onderdeel van de prestatiebeschrijving uitmaken.

3.1.7 Zorg die in het contract met de zorgverlener staat ...

Zorg kan niet worden gedefinieerd als zijnde overeengekomen in het contract met de zorgverlener: 'Wij vergoeden de kosten van deze behandelingen alleen wanneer wij dit in ons contract met de betreffende zorgverlener (bijv. huisarts) zijn overeengekomen' is niet iets dat de

verzekerde aangaat. De verzekerde hoeft niet de inhoud van het contract tussen de zorgverzekeraar en de huisarts te kennen.

3.1.8 Redelijke termijnen

Sommige modelovereenkomsten verwijzen voor zorg binnen redelijke termijn naar de Treeknormen. De Treeknormen geven aan welke wachttijden als maatschappelijk acceptabel kunnen worden beschouwd. Het Treekoverleg maakt hierbij onderscheid tussen streefnormen en maximale wachttijden. De streefnormen houden bijvoorbeeld in dat 80% van de patiënten met een indicatie voor klinische behandeling binnen vijf weken hulp moet ontvangen, terwijl hiervoor een maximale wachttijd van zeven weken wordt aangehouden. Zoals daarbij uitdrukkelijk is aangegeven, bewegen de Treeknormen zich tussen de ondergrens van de minimaal benodigde behandelingsduur/ werkvoorraad en de medisch acceptabele wachttijd aan de bovengrens.¹³ Het gaat in de Treeknormen om een algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijd.¹⁴

De verwijzing naar de Treeknormen in de modelovereenkomst is gezien het voorgaande acceptabel, mits in de modelovereenkomst wordt aangegeven waar de verzekerde informatie kan vinden over de betekenis en inhoud van deze normen. Het is geoorloofd in de modelovereenkomst te verwijzen naar een ministeriële regeling in plaats van de inhoud daarvan exact in de modelovereenkomst zelf op te nemen.

3.1.9 'Gebruikelijke' zorg

Artikel 2.1 lid 2 Bz luidt: *'De inhoud en omvang van de vormen van zorg worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk en - bij het ontbreken van een zodanige maatstaf - door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten'*. Uit de toelichting op artikel 2.1 Bz blijkt dat artikel 2.1 lid 2 Bz samen met de woorden 'plegen te bieden' (opgenomen bij de verschillende prestaties) een geactualiseerde vertaling is van het gebruikelijkheids criterium, zoals dat onder de ZFW voor huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg was geregeld. Dit criterium had daar twee functies. In de eerste plaats vormde het een afgrenzing tussen huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg. In een functiegericht systeem is dat niet meer nodig. In de tweede plaats bepaalde het ook de grenzen van de aanspraken. In deze betekenis is het criterium voor het Bz relevant. Het verklaart die zorg tot dat deel van het pakket, die de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent.

De term gebruikelijkheid is dus op zichzelf niet in strijd met de Zvw, maar wel overbodig en verwarrend. Het gebruik wordt ontraden (het is een kenbaarheidsprobleem). De zorgverzekeraar mag de definitie 'gebruikelijkheid' niet omschrijven als 'door de internationale wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk bevonden.' Gemeten aan dit criterium zou een groot deel van de gebruikelijke geneeskundige zorg buiten het pakket vallen. De invulling van het gebruikelijkheids criterium onder de huidige regelgeving is veel ruimer.

Het woord "adequate" mag in de modelovereenkomst niet vervangen worden door "passende". Adequaat en passend zijn taalkundig gezien geen synoniemen. Verder wordt "zorg waarop men redelijkerwijs is

¹³ Zie voor de Treeknormen notitie Streefnormstelling wachttijden curatieve sector, Zeist, januari 2000; zie ook brief minister van VWS aan de Tweede Kamer 31 maart 2003, Kamerstukken II 2002/2003, 25 170/28 600 XVI, nr. 31.

¹⁴ Noot Prof. R.J. de Groot bij RZA 2004,133.

aangewezen" (zie artikel 2.1, lid 3 Bz) in de toelichting aangeduid als "passend". Het is niet handig om eenzelfde begrip te gebruiken voor twee verschillende wettelijke bepalingen.

Er moet worden opgemerkt dat het plegen te bieden iets anders is dan de zorg 'zoals die feitelijk wordt geboden' of die 'gewoonlijk plaatsvindt' (de laatste aanduidingen zijn in strijd met de Zvw).

De formulering "hetgeen de beroepsgroep in uw situatie passende zorg vindt" is geen juiste invulling/vertaling van "zorg zoals plegen te bieden". Het gaat om het algemeen inzicht van de beroepsgroep. Wat rekent de beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van zorg? De beroepsgroep kan geen oordeel geven over een individuele situatie ("uw situatie").

De formulering 'zorg die door normaal gesproken wordt verleend' komt niet overeen met de omschrijving "zorg zoals plegen te bieden". "Normaal gesproken verlenen" verwijst naar een feitelijke praktijk, maar bij 'plegen te bieden' gaat het om hetgeen de beroepsgroep ziet als het aanvaarde arsenaal van zorg (zie het Rapport "Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'¹⁵) 'Plegen te bieden' is niet een feitelijke, maar een normatieve aanduiding.

Daarnaast wordt alleen de inhoud en omvang van de zorg mede bepaald door de stand der wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten (zie artikel 2.1, lid 2 Bz). Dit geldt niet voor de aard van de zorg. Deze is in de Zvw geregeld.

3.1.9.1 Stand wetenschap en praktijk

De volgende omschrijving van 'de stand van de wetenschap en praktijk' is niet juist: 'De stand van de wetenschap en praktijk wordt bepaald door medisch wetenschappelijk onderzoek, standaarden en richtlijnen en medisch-professionele deskundigheid'.

Het gaat om een beoordelingsproces dat minutieus is beschreven. Goed zou wel zijn: De stand van de wetenschap en praktijk wordt vastgesteld aan de hand van de EBM (Evidence Based Medicine) methode (zie het rapport van het Zorginstituut).

3.1.9.2 Zorgvorm benoemen

Een zorgvorm kan pas in de polisvoorwaarden worden opgenomen (met of zonder toestemmingsvereiste) als bekend is dat het te verzekeren zorg is.

3.1.9.3 Verouderde richtlijn

Verwijzing in de polis naar een verouderde richtlijn kan strijdigheid oproepen met de afbakening van de prestatie door middel van de stand van de wetenschap en praktijk. Om te voorkomen dat daardoor sprake is van een beperking van de te verzekeren prestatie moet daarom bij de verwijzing vermeld worden: voorzover in overeenstemming met de stand van de wetenschap en praktijk.

¹⁵ Diemen: Zorginstituut 2008. Publicatienummer 268.

3.1.10 Indicatiebepaling

Alleen voor de *inhoud en omvang* van de zorg geldt de eis dat de verzekerde in redelijkheid op de zorg/dienst moet zijn aangewezen (zie artikel 2.1, lid 3, Bz). De redelijkheidseis geldt niet voor de *aard* van de zorg. Als aan de indicatiebepaling 'in redelijkheid zijn aangewezen op' in de modelovereenkomst wordt toegevoegd: 'rekening houdend met de eisen van doelmatigheid en doeltreffendheid' kan dat worden opgevat als een richtinggevend, niet beperkende toevoeging. Deze toevoeging is dus toegestaan. Hetzelfde geldt voor de toevoeging: 'onnodig kostbaar' en 'onnodig gecompliceerd'.

Het Bz maakt onderscheid tussen 'in redelijkheid zijn aangewezen op' (zie artikel 2.1, lid 3 Bz) en 'medische noodzaak' (zie artikel 2.10 Bz; functie verblijf). Deze begrippen moeten in de modelovereenkomst niet op één hoop worden gegooid.

Het algemeen indicatiecriterium is ruimer gesteld dan de eis van medische noodzaak. De zorgverzekeraar mag het algemeen indicatiecriterium niet beperken tot de eis van medische noodzaak, voor zover het Bz die eis zelf niet stelt (zoals bijvoorbeeld wel het geval is bij dieetadviesing, maar bijvoorbeeld niet meer bij IVF).

De zorgverzekeraar mag aan de omschrijving van het begrip medisch noodzakelijk het volgende toevoegen: 'naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen zijn op (...), voor zover vallend onder de dekking van deze modelovereenkomst en voor zover het gebruikelijke medische zorg betreft *een en ander ter beoordeling door de medisch adviseur*'. Dit laatste (ter beoordeling medisch adviseur) gaat immers om de toepassing van een objectieve norm. De zorgverzekeraar mag niet het indicatiecriterium en omvangscriterium door elkaar halen. De stand van de wetenschap en praktijk bepaalt mede de noodzaak.

3.1.11 Toestemmingsvereisten

3.1.11.1 Proforma nota

De zorgverzekeraar mag in de modelovereenkomst bij medisch-specialistische zorg niet als toestemmingsvoorwaarde opnemen dat de aanvrager een kostenbegroting (proforma nota) moet overleggen. Het overleggen van een proforma nota mag geen toestemmingsvereiste zijn. Het kan alleen van belang zijn voor het bepalen van de hoogte van de vergoeding (beoordelen of die niet hoger is dan marktconform). Dat kan een rol spelen voor vormen van zorg waarvan de tarieven vrij zijn. Bij een naturapolis kan dit in elk geval niet, want dan heeft de verzekerde recht op zorg. En bij restitutie kan dit alleen voor vormen van zorg waarvoor geen vast tarief is.

3.1.11.2 In het kader van artikel 13 Zvw (gewijzigd)

Een zorgverzekeraars is op grond van de Zvw niet verplicht om toestemmingsvereisten in zijn polis op te nemen.

Zorgverzekeraars hanteren zelf wel vaak de eis dat vooraf toestemming moet worden gevraagd voor een bepaalde behandeling. Dit mogen zij als private zorgverzekeraar eisen van verzekerden zolang die verzekerden maar wel de zorg krijgen waar zij op grond van de Zvw recht op hebben. De zorgverzekeraar moet hierover richting de verzekerde voldoende transparant zijn.

Indien verzekerden een zorgverzekeringspolis met gecontracteerde zorg hebben naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan terwijl de zorgverzekeraar wel voldoende aanbieders heeft gecontracteerd mag de zorgverzekeraar een afwijkende vergoeding geven.¹⁶

De vergoeding mag niet dusdanig zijn dat deze voor verzekerden een hinderpaal oplevert om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Zie hiervoor een uitspraak van de Hoge Raad van 11 juli 2014.¹⁷

Als de zorgverzekeraar een toestemmingsvereiste stelt dan moet uit de modelovereenkomst duidelijk zijn dat de toestemming niet de keuze voor een niet-gecontracteerde zorgverlener of leverancier betreft.

Toestemmingsvereisten die uitdrukkelijk en extra voor niet-gecontracteerde zorg worden gesteld moeten een ander doel hebben. Namelijk om vast te stellen of de verzekerde recht heeft op de betreffende zorg. Dit kan worden opgesplitst in verschillende deelaspecten:

- de zorgvorm zelf: valt deze onder het pakket?
- voldoet verzekerde aan het vereiste van een verwijzing/voorschrift?
- heeft de verzekerde een indicatie voor de zorg? Voldoet hij aan het bijzondere c.q. het algemene indicatievereiste?
- voldoet de voorgestelde behandelaar c.q. het voorgestelde hulpmiddel/geneesmiddel aan de eventuele kwaliteitseisen van de zorgverzekeraar?

Als er al een offerte bij de vraag om toestemming zit, kan de zorgverzekeraar aangeven welke kosten voor de verzekerde zullen blijven. Hij kan aangeven waar de grens ligt van de marktconforme vergoeding volgens zijn gegevens/berekening.

Verder kan de zorgverzekeraar eventueel rekening houden met de termijn waarbinnen de verzekerde door een door zorgverzekeraar gecontracteerde behandelaar zou kunnen worden geholpen, afhankelijk van de polisvoorwaarden.

Op grond van EU-recht mag een zorgverzekeraar geen toestemming weigeren als een verzekerde naar een zorgaanbieder in een andere EU lidstaat wil (vrij verkeer van diensten) terwijl een nationale aanbieder wél is toegestaan. Dat is als directe discriminatie in strijd met EU-recht. Wel kan de zorgverzekeraar bij een polis met gecontracteerde zorg de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg beperken om gebruik van buitenlandse zorgaanbieders te ontmoedigen (art. 13 Zvw). Deze korting mag echter niet zo hoog zijn dat deze voor verzekerden een hinderpaal oplevert om naar een niet-gecontracteerde (buitenlandse) zorgaanbieder te gaan.

3.1.11.3 Artikel 13 lid 5 Zvw

In artikel 13 vijfde lid Zvw is geregeld dat als een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en aanbieder wordt beëindigd een verzekerde die op dat moment zorg van die aanbieder ontving recht houdt op zorg door die aanbieder voor rekening van de zorgverzekeraar. Na beëindiging van een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder moeten zorgverzekeraars lopende behandelingen van hun naturaverzekerden blijven betalen zolang de behandeling onafgebroken voortduurt. Dit recht mag in de modelovereenkomst niet worden beperkt.

¹⁶ Zie ook paragraaf 2.3.2.2.

¹⁷ ECLI:NL:HR:2014:1646 11 juli 2014.

3.2 Medisch-specialistische zorg

3.2.1 Huisarts als zorgverlener

Medisch-specialistische zorg kan door een huisarts worden verleend, voor zover hij daartoe bevoegd en bekwaam is.

3.2.2 Titelwijziging verpleeghuisarts

Vanaf 15 juli 2009 heet de verpleeghuisarts officieel specialist ouderengeneeskunde. De minister van VWS heeft hiermee op 15 januari 2009 ingestemd. De naam verpleeghuisarts is vanaf 15 juli 2009 geen beschermde titel meer. Vanaf die datum is '**specialist ouderengeneeskunde**' de officiële beschermde titel waaronder geregistreerde leden van de beroepsgroep in het betreffende specialistenregister staan ingeschreven.

3.2.3 Toegangsvoorwaarden/verwijzing

Een zorgverzekeraar mag in de modelovereenkomst bij medisch-specialistische zorg niet zowel een verwijzeis als de eis van een voorschrift door nader aangeduide opnamen. Een andere zorgverlener kan alleen verwijzen, maar niet voorschrijven wat de specifieke zorg, onderzoek, behandeling of therapie moet inhouden. Dat kan de specialist alleen zelf beoordelen. Een voorschrift is een ongeoorloofde beperking van de toegang van de zorg.

In de modelovereenkomst mag ook niet worden bepaald dat de specialist zelf degene is die het voorschrift moet geven. De specialist zal beroepshalve altijd de noodzaak van de behandeling beoordelen. Zorg behoort alleen tot de verzekerde prestatie als de verzekerde daar redelijkerwijs op is aangewezen (artikel 2.1 lid 3 Bz) en als het behoort tot wat medisch specialisten plegen te bieden. Door een toestemmingsvereiste kan een zorgverzekeraar dat wel zelf van tevoren nagaan.

Ook mag niet in de modelovereenkomst worden bepaald dat er alleen mag worden verwezen door een aanbieder die door de zorgverzekeraar is gecontracteerd. Bijvoorbeeld als in de modelovereenkomst staat dat voor medisch-specialistische zorg door een bedrijfsarts kan worden verwezen, als deze is gecontracteerd door de zorgverzekeraar. Dit impliceert dat niet-gecontracteerde bedrijfsartsen niet kunnen verwijzen. Bedrijfsartsen zijn in de modelovereenkomsten aangewezen om huisartsenzorg te leveren. Een onderdeel van de huisartsenzorg is het verwijzen. Door het verwijzen hier uit te sluiten wordt de inhoud en omvang van de prestatie beperkt.

3.2.4 Kwaliteitseisen

Soms maken hulpmiddelen deel uit van de medisch-specialistische zorg. Dat kan het geval zijn bij intramurale zorg, maar ook bij transmurale zorg of extramurale zorg. Er kunnen dan eisen worden gesteld aan de kwaliteit van het hulpmiddel zoals in het volgende voorbeeld: Bij thuismonitoring mag de voorwaarde gesteld worden dat dit alleen mag als apparatuur door een met naam te noemen leverancier van een bepaald merk wordt geleverd. Verzekerden hebben nog keuzevrijheid voor de leverancier (alleen niet voor het apparaat; dat heeft met kwaliteit te maken).

3.2.5 Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard

Het is akkoord als zorgverzekeraars in hun polis opnemen dat aanvragen voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard worden beoordeeld met inachtneming van de benadering die is opgenomen in genoemde werkwijze.

3.2.6 Dialyse

Niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse vallen onder de aanspraken Zvw. De vraag is of 'nierdialyse' een ruimer begrip is dan 'niet-klinische hemodialyse' plus 'peritoneaaldialyse'. In feite is nierdialyse een onjuiste term. Dialyse kan op twee manieren: hemodialyse (via de bloedbaan met een kunstnier) en peritoneaaldialyse (via het buikvlies). Het zou dus beter zijn om (als de zorgverzekeraar de twee mogelijkheden wil samenvoegen) te spreken over 'dialyse'. Onder dialyse valt uiteraard ook de klinische hemodialyse, dat gebeurt in de klinische setting (ziekenhuisbudget). Dus in die zin is de term '(nier)dialyse' ruimer dan 'niet-klinische hemodialyse' en peritoneaaldialyse samen. Er wordt ook wel gesproken over nierfunctievervangende therapie. Dan wordt bedoeld: hemodialyse, peritoneaaldialyse én niertransplantatie.

Het is gewenst dat wordt gesproken van dialyse-apparatuur in plaats van hemodialyse-apparatuur. Dit omdat er twee soorten dialyse(apparatuur) zijn, via het bloed (hemo-) en via het buikvlies (peritoneaal-). Het voldoet anders niet aan hetgeen hierover bij of krachtens Zvw is geregeld.

3.2.7 Transplantatie

Artikel 2.5 onderdeel d Bz bepaalt dat de donor recht heeft op vergoeding van de zorg waarop ingevolge hoofdstuk 2 Bz (*De inhoud van de zorgverzekering*) aanspraak bestaat, gedurende ten hoogste dertien weken, danwel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opneming. Voor zover betreffende de zorg in verband met de selectie van de donor en de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor, mag geen beperking worden aangebracht tot *specialistische geneeskundige zorg*. Dit is namelijk beperkter dan kosten op grond van hoofdstuk 2 Bz, waaronder bijvoorbeeld ook paramedische zorg en mondzorg vallen.

ABO niettransplantaties met behulp van immunoabsorptie is zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk als er geen ABO compatibele levende donor direct beschikbaar is en er geen principiële bezwaren zijn tegen niertransplantatie.

De nacontroles vallen buiten het verplicht eigen risico; zie hiervoor ook standpunt 2.3.1.1.

3.2.8 Leeftijdsgrens bij audiologische zorg

In veel modelovereenkomsten wordt bij audiologische zorg een leeftijdsgrens gebruikt bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen bij kinderen. Er is gebleken dat deze leeftijdsgrens (tot zeven jaar) niet in de Zvw is bepaald en dus niet in de

modelovereenkomst mag worden opgenomen. De leeftijdsgrens in de modelovereenkomst zou een beperking van de aanspraak zijn. De zorgverzekeraar mag deze leeftijdsgrens in de uitvoering van de Zvw wel globaal hanteren, maar moet dit per individueel geval bekijken. De aanspraak op audiologische zorg bestaat dan onder andere uit: 'hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen'.

3.2.9 Leukemie bij kinderen

De term 'leukemie' moet in de modelovereenkomst worden veranderd in 'oncologische aandoeningen'. Als de modelovereenkomst toch het beperktere begrip leukemie aanhoudt, dan is dat onjuist. Het valt weliswaar onder wat specialisten plegen te bieden en de zorg is dus gedekt, maar kan worden gesteld dat het niet goed kenbaar is.

Het is niet volledig om in dit verband te spreken over 'bloed- en beenmergpreparaten'; het moet gaan om 'ingezonden lichaamsmateriaal'.

3.2.10 Epilatie transseksuelen

Epilatie valt in geval van transseksualiteit onder bepaalde voorwaarden onder de dekking van de basisverzekering. Het is mogelijk dit in de polisvoorwaarden te benoemen.

3.2.11 Voetzorg bij diabetes mellitus

Van de zorggerelateerde preventieve voetzorg voor mensen met diabetes vallen de volgende inhoudelijke zorgonderdelen onder de te verzekeren zorg (geneeskundige zorg zoals huisartsen en medisch-specialisten die plegen te bieden en zorg die voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk):

- Jaarlijkse voetcontrole, bestaande uit anamnese, onderzoek en risico-inventarisatie.
- Meer frequent gericht voetonderzoek inclusief de daaruit voortvloeiende diagnostiek en behandeling van huid- en nagelproblemen en voetvorm- en standafwijkingen, bij verzekerden met een matig verhoogd (Simm's 1) of een hoog risico op ulcera (Simm's 2 of 3).
- Behandeling van risicofactoren bij patiënten met een matig verhoogd of een hoog risico op ulcera.
- Educatie en initiëren van aanpassing van leefstijlfactoren als onderdeel van de behandelcyclus.
- Advisering over adequaat schoeisel.

Bepaalde onderdelen van deze voetzorg mogen geleverd worden door (in voetzorg voor diabetici gespecialiseerde) pedicure en/of podotherapeut.

Voetzorg is niet hetzelfde als *voetverzorging*. *Voetverzorging* is geen te verzekeren prestatie. Met *voetverzorging* wordt bedoeld de verzorgende handelingen zoals de verwijdering van eelt om cosmetische of verzorgende redenen alsmede het knippen van de teennagels. Zie ook het rapport van het Zorginstituut hierover: Zorginstituut 2010, 284 op www.zorginstituutnederland.nl.

3.2.12 Second opinion

Er is sprake van een second opinion als voldaan is aan de volgende voorwaarden:

- Er moet sprake zijn van een verwijzing voor een second opinion.
- De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg van de verzekerde zoals reeds besproken met de eerste behandelaar.
- De verzekerde moet met de second opinion terugkeren naar de oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling.

Een second opinion die aan deze voorwaarden voldoet, wordt aangemerkt als een te verzekeren prestatie (zoals zoals een huisarts of medisch-specialist die pleegt te bieden). De second opinion hoeft niet als aparte te verzekeren prestatie te worden opgenomen in de modelpolis, maar als dit wel gebeurt, moeten alle voorwaarden worden vermeld.

Zie ook het volledige standpunt op: www.zorginstituutnederland.nl

3.2.13 Hypertoon zout bij longproblematiek

Vernevelen van hypertoon zout bij verzekerden ouder dan 6 jaar met CF is conform de stand van de wetenschap en praktijk.

Als hypertoon zout gecertificeerd is als medisch hulpmiddel (zoals het geval is bij MucoClear 6% NaCl) valt het onder de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel zoals opgenomen in artikel 2.9 Rv).

3.2.14 Protontherapie

Protontherapie bij de indicatiegebieden intra-oculaire tumoren, chordomen/chondrosarcomen en pedatriscie tumoren behoren tot de stand van de wetenschap en praktijk.

3.3 IVF

3.3.1 Preconceptieconsult

Niet alle onderdelen van een preconceptieconsult behoren tot de te verzekeren zorg. Daarom heeft het Zorginstituut het standpunt ingenomen dat een preconceptieconsult als zodanig niet tot de te verzekeren prestaties behoort. Temeer als er ook sprake is van het benaderen en uitnodigen van personen die hiervoor in aanmerking zouden komen (mensen met een kinderwens). Dit is namelijk selectieve preventie en dat behoort niet tot de te verzekeren prestaties.

De onderdelen van het preconceptieconsult die wel behoren tot de te verzekeren zorg staan genoemd in het standpunt van het Zorginstituut van 8 april 2008 (Pakketadvies 2009, bijlage 4, pagina 97).

3.3.2 Richtlijn indicaties NVOG

Verzekeraars kunnen niet verwijzen naar de richtlijn voor IVF. Deze richtlijn is verouderd en inmiddels door de NVOG van de website verwijderd.

3.3.3 Gerealiseerde zwangerschap

Het begrip gerealiseerde zwangerschap kan een verduidelijking geven wanneer een verzekerde opnieuw aanspraak wil maken op IVF-behandeling. Een voorbeeld van een juiste definitie is: "Onder een gerealiseerde zwangerschap wordt verstaan een doorgaande zwangerschap van *tenminste* 10 weken, gerekend vanaf het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij gecryopreserveerde embryo's (cryo's) geldt voor een doorgaande zwangerschap *tenminste* een termijn van 9 weken en 3

dagen na de implantatie.” Het woord ‘tenminste’ moet zijn opgenomen in de definitie.

3.3.4 Overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

Onder overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen vallen onder andere operatieve ingrepen ter behoud van vruchtbaarheid bij oncologische behandelingen. Dergelijke behandelingen vallen onder de te verzekeren prestaties. Gynaecologische/urologische operatieve ingrepen die stoornissen in de fertiliteit opheffen vallen daar over het algemeen ook onder.

3.3.5 Anoniem gedoneerde geslachtscellen

Vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen waarbij gebruik is gemaakt van anoniem gedoneerde geslachtscellen mogen niet van vergoeding worden uitgesloten. Zie voor de onderbouwing dat bovengenoemde uitsluiting niet mag de onderbouwing van het standpunt ten aanzien van de uitspraak IVF-behandeling met gebruikmaking (anonieme) eiceldonatie in het buitenland dat in beginsel uitgegaan moet worden van een te verzekeren prestatie. Zie: <http://www.zorginstituutnederland.nl>.

Overigens valt de anonieme eiceldonatie zelf niet onder de te verzekeren prestaties, wel de IVF-behandeling die daarop volgt (onder de voorwaarden die voor een IVF-behandeling in de Zvw zijn geformuleerd).

De WBMV-toets en de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting zijn van toepassing op vruchtbaarheidsbehandelingen die in Nederland worden ondergaan en niet op vruchtbaarheidsbehandelingen die in het buitenland hebben plaatsgevonden; het betreft nationale wetgeving die niet van toepassing is buiten Nederlands grondgebied.

3.3.6 Vergoeding gebruik resterende Cryo-embryo's nadat een IVF-poging is geëindigd na een doorgaande zwangerschap

Als een vrouw een nieuwe of aanhoudende kinderwens heeft, kunnen de uit de geëindigde poging nog resterende cryo embryo's gebruikt worden voor het doen ontstaan van een volgende zwangerschap. De vraag is: hoe zit het met de vergoeding van het gebruik van deze resterende cryo embryo's?

het gebruik van de resterende cryo embryo's valt in de bedoelde situatie onder de dekking van de basisverzekering voor vrouwen jonger dan 43 jaar en wel onder de bepaling over geneeskundige zorg (artikel 2.4, lid 1 en aanhef van het Besluit zorgverzekering) in combinatie met de bepaling over vruchtbaarheidsgerelateerde zorg (artikel 2.4, lid 1, onder a, ten vijfde van het Besluit zorgverzekering).

Verder is relevant dat er voor alle vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, waaronder IVF-zorg, een leeftijdsgrens geldt: de verzekerde vrouw van drieënveertig jaar of ouder heeft geen recht op (vergoeding van) vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, zij het dat een IVF-poging die is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt, ten laste van de basisverzekering mag worden afgemaakt.

Uitleg regelgeving:

Uit het Bzv volgt dat het in de baarmoeder plaatsen van resterende cryo embryo's uit een IVF-poging waarin een doorgaande zwangerschap is ontstaan, niet meer hoort bij diezelfde poging. Deze poging is immers volgens het Bzv geëindigd als gevolg van de doorgaande zwangerschap.

Als na een doorgaande zwangerschap opnieuw een kinderwens ontstaat, heeft een vrouw volgens het Bzv recht op een set van drie nieuwe IVF-pogingen. Moet de terugplaatsing van de resterende cryo's gezien worden als eerste poging van deze nieuwe set van drie IVF-pogingen? Uitgaande van de definitie van het begrip poging in het Bzv, moet deze vraag ontkennend worden beantwoord. Volgens die definitie bestaat een poging immers uit: stimulatie, eicelpunctie, bevruchting, een of meer keren terugplaatsing van een of twee embryo's (verse of cryo embryo's).

het Zorginstituut heeft vastgesteld dat de specifieke bepalingen over IVF geen regels geven over de aanspraak op vergoeding van terugplaatsing van resterende cryo's na een doorgaande zwangerschap. De aanspraak op vergoeding van deze terugplaatsing kan volgens het Zorginstituut echter wel vallen onder de generieke bepaling over geneeskundige zorg (artikel 2.4, lid 1 en aanhef van het Besluit zorgverzekering) in combinatie met de bepaling over vruchtbaarheidsgerelateerde zorg (artikel 2.4, lid 1, onder a, ten vijfde van het Besluit zorgverzekering). Dat betekent dat:

1. het terugplaatsen van cryo embryo's (zijnde een effectieve vruchtbaarheidsgerelateerde interventie) na een doorgaande zwangerschap tot het basispakket behoort voor alle vrouwen jonger dan 43 jaar.
2. Mocht deze terugplaatsing geen resultaat hebben, dan heeft de vrouw vervolgens aanspraak op vergoeding van een IVF-behandeling in de vorm van drie nieuwe IVF-pogingen, mits zij jonger is dan 43 jaar.

De conclusie is dat het terugplaatsen van tijdens een IVF-behandeling verkregen cryo embryo's – afhankelijk van de situatie – onder twee afzonderlijke noemers valt: 1) als het gaat om terugplaatsing als onderdeel van een IVF-poging valt deze onder de 'IVF-aanspraak' of 2) als het gaat om terugplaatsing na een doorgaande zwangerschap valt deze onder de aanspraak 'vruchtbaarheidsgerelateerde zorg'.

3.4 Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

De term GGZ mag worden gebruikt voor zowel de eerstelijnspsychologische zorg (EPZ) als de specialistische geestelijke gezondheidszorg. GGZ betekent 'geestelijke gezondheidszorg'. De term 'GGZ-zorg' is niet juist.

3.4.1 Zorg zoals klinisch psychologen plegen te bieden

Onder zorg zoals klinisch psychologen plegen te bieden valt de geneeskundige GGZ inclusief de eerstelijnspsychologische zorg (EPZ). Als term voor de zorg die geen eerstelijnspsychologische zorg is, is gekozen voor 'specialistische GGZ'. Hierbij is betrokkenheid van een specialist vereist.

De omschrijving van de zorg als 'zorg zoals psychotherapeuten en klinisch psychologen plegen te bieden' is niet toegestaan. Plegen te bieden moet overeenkomen met de wettelijke omschrijving. Geneeskundige zorg omvat wat dit betreft alleen zorg zoals klinisch psychologen plegen te bieden.

De formulering 'zorg die klinisch psychologen normaal gesproken verlenen' komt niet overeen met de omschrijving "zorg zoals plegen te bieden". "Normaal gesproken verlenen" verwijst naar een feitelijke praktijk, maar bij 'plegen te bieden' gaat het om hetgeen de beroepsgroep ziet als het aanvaarde arsenaal van zorg (zie het Rapport

“Betekenis en beoordeling criterium ‘plegen te bieden’¹⁸) ‘Plegen te bieden’ is niet een feitelijke, maar een normatieve aanduiding.

3.4.2 Omschrijving prestatie eerstelijns psychologische zorg

Bij het omschrijven van de aard en inhoud van de zorg moet worden aangesloten bij de soort beroepsbeoefenaren die artikel 2.4 Bz vermeldt. Het moet dus gaan om zorg die huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en/of verloskundigen plegen te bieden. Eerstelijnspsychologische zorg valt onder de zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten en klinisch-psychologen plegen te bieden. Ook mogelijk is de formulering: eerstelijnspsychologische zorg is zorg zoals klinisch-psychologen plegen te bieden.

De zorgverzekeraar mag de prestatie omschrijven als halve en kwart zittingen. De prestatie mag niet worden omschreven als acht uren. De te verzekeren prestatie in het Bz gaat uit van acht zittingen.

De zorgverzekeraar mag bij relatietherapie één zitting vertalen in een halve zitting per partner.

3.4.3 Zorgverleners in de GGZ

Er zijn naast psychiaters nog steeds enkele zenuwartsen werkzaam. De zorg die zij verrichten valt onder de omschrijving ‘zorg zoals psychiaters en psychotherapeuten plegen te bieden’. Een zenuwarts is echter niet hetzelfde als een psychiater. De zenuwarts moet daarom specifiek als zorgverlener worden aangewezen in de modelovereenkomst en in de begrippenlijst worden opgenomen (tenzij de zorgverzekeraar er uitdrukkelijk voor zou willen kiezen om deze niet als zorgverlener aan te wijzen).

De termen jeugdgezondheidszorgarts en jeugdgezondheidsarts zijn bestaande termen. Zie het register arts M en G en het profielregister jeugdgezondheidszorg. Een *jeugdzorggezondheidsarts* is niet een bestaande term.

3.4.4 Psychoanalyse

Op grond van toetsing aan de wettelijke criteria ‘plegen te bieden’ en ‘stand van de wetenschap en praktijk’ kan worden geconcludeerd dat psychoanalyse niet behoort tot de te verzekeren prestaties (zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden). De behandeling psychoanalyse kan geen deel uitmaken van het basispakket en nieuwe behandelingen kunnen niet ten laste van de Zvw starten. Langdurige psychoanalytische psychotherapie behoort wel tot de te verzekeren prestaties en kan ten laste van de basisverzekering worden vergoed. Zie ook het volledige standpunt op: www.zorginstituutnederland.nl

3.4.5 Vermelding eigen bijdrage

De zorgverzekeraar mag voor de eigen bijdragen naar de opvraagbare Rv verwijzen.

3.4.6 Persoonsgebonden budget GGZ

Met ingang van 1 januari 2010 is het PGB-experiment in de Zvw vervallen.

¹⁸ Diemen: Zorginstituut 2008. Publicatienummer 268.

De beëindiging van het experiment per 2010 betekent niet dat er voor verzekeraars geen mogelijkheid meer is voor een PGB in de Zvw. Het PGB hoeft niet in de Zvw te zijn opgenomen wil een verzekeraar het kunnen toepassen. Per 2010 is er geen wettelijke bepaling meer die de mogelijkheid van een PGB voor alle zorgverzekeraars verplicht stelt. Als een zorgverzekeraar zelf besluit tot het hanteren van een PGB zonder dat dit expliciet in de Zvw is geregeld, is dit niet in strijd met de Zvw. Een PGB is evenals een voorschot immers een vorm van vergoeding.

Als een zorgverzekeraar de vergoeding van zorg in de vorm van een PGB wil aanbieden, moet hij in de modelovereenkomst of een reglement opnemen onder welke voorwaarden deze wordt verstrekt. Deze bepalingen moeten conform de Zvw zijn.

3.5 Huisartsenzorg

Huisartsenzorg kan door een verpleeghuisarts of bedrijfsarts worden geleverd. De Wet BIG verbiedt niet dat huisartsenzorg door een andere arts wordt geleverd.

Gezondheidsadvisering valt onder 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' en mag dus in de modelovereenkomst als onderdeel van de huisartsenzorg worden opgevoerd.

In sommige modelovereenkomsten staat onder de noemer 'huisartsenzorg' dat men voor telefonische gezondheidsadvisering terecht kan bij een medische advieslijn. Deze advieslijn beantwoordt achtergrondvragen en gidsvragen en verzorgt medische triage. De medische triage stelt, op geprotocolleerde wijze, de urgentienorm vast die bij de (medische) klacht van een verzekerde hoort. De infrastructuur van de leverancier stemt overeen met de kwaliteitseisen die bijvoorbeeld ook gelden voor huisartsendienstenposten. De bemoeienis van de advieslijn eindigt met het vaststellen van de urgentienorm en het daarbij behorende advies. De advieslijn behandelt niet. Ervan uitgaande dat de advieslijn voldoet aan de kwaliteitseisen die voor deze zorg gelden (zowel qua inhoud en protocollering, als qua tijdigheid), valt de medische triage van de advieslijn op zich te scharen onder de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, zij het dat zich kan voordoen dat een verzekerde voor dezelfde zorgvraag zowel zijn eigen huisarts benadert als de advieslijn.

De achtergrond- en gidsvragen kunnen een breed terrein bestrijken. Het gaat niet alleen om vragen op het gebied van de huisartsenzorg, maar ook het gebied van mondzorg, psychologische zorg enz. Gezien de reikwijdte van de vragen gaat deze informatieverschaffing verder dan de zorg zoals huisartsen en andere beroepsbeoefenaren die plegen te bieden.

De conclusie is als volgt. De inhoud van de beschreven advieslijn heeft voor een groot deel een servicekarakter. Ook zonder de advieslijn zou de zorgverzekeraar volledig de verzekerde prestatie in de polis leveren. Vermelding van de advieslijn in de polissen is geen probleem, maar het is vanwege het servicekarakter van de dienst aangewezen om dat in een algemeen toelichtend kader te doen, zodat duidelijk is dat dit verder reikt dan de verzekerde prestatie huisartsenzorg (en andere prestaties). Gezien het servicekarakter van de advieslijn én de mogelijke doublure in zorgverlening die samenhangt met het raadplegen van deze lijn, is wel de vraag of de kosten van de advieslijn volledig ten laste van het zorgbudget van de zorgverzekeraar kunnen komen.

In een restitutiepolis mag vergoeding worden gegeven van de kosten voor een consult bij een huisarts via internet. Een huisartsconsult kan via internet worden gegeven (zowel door de eigen als de niet-eigen huisarts), Er zijn voor de huisarts wel voorwaarden aan verbonden.

De uitsluiting in de modelovereenkomst van een MRI die is aangevraagd door de huisarts en ook de bepaling in de modelovereenkomst dat uitsluitend medisch-specialisten een verwijzing kunnen geven voor MRI-scans, zijn niet toegestaan. Dit is namelijk in strijd met de poortwachtersfunctie van de huisarts die is gewaarborgd in artikel 14, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet. Deze functie heeft een inhoudelijke betekenis: de huisarts bepaalt welke zorg in de eerste lijn kan plaatsvinden en welke zorg een behandeling in de tweede lijn nodig heeft. Met de door genoemde bepalingen worden deze functie van de huisarts en zijn rol binnen de eerstelijnszorg ingeperkt. Artikel 14 Zvw geeft daarvoor geen ruimte.

Van huisartsenzorg mag niet worden uitgesloten:

- inbrengen en verwijderen van spiraaltje hormoonhoudend;
- implanteren en verwijderen Implanonstaafje.

De zorgverzekeraar mag wel regelen dat men met toestemming van de zorgverzekeraar deze zorg haalt bij de specialist.

Reizigersadviesing mag worden uitgesloten van huisartsenzorg. Het is namelijk geen Zvw te verzekeren zorg.

3.6 Verloskundige zorg

Prenatale screening

In het Bz is de regeling rond de prenatale screening als een uitsluiting geformuleerd: *'de verzekerde heeft geen recht op zorg of vergoeding van kosten daarvan als het gaat om prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, als de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft.'*

Sommige zorgverzekeraars nemen deze formulering zo over, zonder enige toevoeging. Een dergelijke verwoording gaat voorbij aan enkele bijzonderheden.

De regeling rond de prenatale screening is namelijk als volgt:

- alle zwangere vrouwen hebben aanspraak op counseling. In de counseling krijgen zij informatie over inhoud en reikwijdte van prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, om zo weloverwogen een besluit te nemen of zij al of niet deze screening willen ondergaan. Dan gaat het met name om het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; 2^e trimester) en om de combinatietest;
- alle zwangere vrouwen hebben aanspraak op structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap;
- alle vrouwen van 36 jaar en ouder hebben aanspraak op de combinatietest (nekplooiemeting en serumonderzoek);
- alle vrouwen onder de 36 jaar met een medische indicatie hebben aanspraak op de combinatietest.

De counseling, het SEO en de combinatietest vallen onder de Wet op het Bevolkingsonderzoek voor zover zij aangeboden worden aan zwangere vrouwen, zonder dat er sprake is van een hulpvraag (medische indicatie). Omdat het gaat om onderzoek naar afwijkingen, waarvoor geen behandeling bestaat (abortus wordt niet tot de behandelingen gerekend) zijn de onderzoeken in deze gevallen vergunningplichtig. Zodra er sprake is van een 'aanbod' mogen zij alleen worden uitgevoerd door een zorgaanbieder die een vergunning heeft of een

samenwerkingsafspraken heeft met een regionaal centrum dat een vergunning heeft. Zodra er sprake is van een medische indicatie is er vanzelfsprekend geen vergunning nodig om het onderzoek uit te voeren.

Voor de kenbaarheid en volledigheid aan verzekerde is het zinvol om apart op te nemen :

- counseling als verzekerde prestatie;
- SEO en combinatietest mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgaanbieder met een vergunning krachtens de WBO of een samenwerkingsafpraak met een Regionaal Centrum dat over een vergunning beschikt, tenzij er sprake is van een medische indicatie.

3.7 Kraamzorg

Sommige zorgverzekeraars hebben in hun modelovereenkomst een korte samenvatting gegeven gebaseerd op het Landelijk Indicatieprotocol kraamzorg. Dit is niet voldoende. In de bepaling moet worden verwezen naar het Landelijk Indicatieprotocol kraamzorg, omdat het belangrijk is voor de vaststelling van de behoefte aan zorg. De verzekerde moet het kunnen raadplegen op de website van de zorgverzekeraar en daarnaast moet het (telefonisch) opvraagbaar zijn.

3.8 Dyslexiezorg

3.8.1 Algemeen

Het is juister om niet te spreken over dyslexie (een aandoening/stoornis), maar over **dyslexiezorg**

Dyslexiezorg, geregeld in art. 2.5a Bz, is onderdeel van geneeskundige zorg in art. 2.4 Bz en géén onderdeel van Paramedische zorg. Dyslexiezorg dient dus niet als onderdeel van paramedische zorg maar in een apart artikel te worden opgenomen!

Dyslexiezorg behoort alleen tot de te verzekeren prestatie als de behandelaar(s) werkt (werken) volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Deze voorwaarde dient uitdrukkelijk te worden vermeld in de polisvoorwaarden.

Het Protocol dient daarom ook (telefonisch) opvraagbaar te zijn bij de zorgverzekeraar c.q. op de website staan.

3.8.2 Leeftijd

Het gaat om zorg voor kinderen van zeven jaar en ouder die basisonderwijs volgen en bij wie de zorg in 2014 en volgende jaren begint vóór het bereiken van de dertienjarige leeftijd.

3.9 Paramedische zorg

De zorgverzekeraar mag in de modelovereenkomst manuele therapie en/of lymfoedeemtherapie apart noemen. Het is niet in het Bz geregeld maar valt onder de zorg die fysiotherapeuten plegen te bieden. Stottertherapie kan ook apart worden genoemd. Dit valt onder wat logopedisten plegen te bieden.

Een huidtherapeut mag paramedische zorg leveren (voor zover bevoegd en bekwaam voor de indicatie). De lijst chronische indicaties kent geen beperking met betrekking tot wie de zorg mag leveren.

De zorgverzekeraar mag als voorwaarde in de modelovereenkomst opnemen dat een verklaring van de verwijzer vereist is, zodat kan worden getoetst of sprake is van een indicatie als bedoeld in bijlage 1 van het Bz. De zorgverzekeraar mag hiervoor geen behandelplan opvragen en aan de hand daarvan nadere voorwaarden voor de behandeling stellen. Met een behandelplan wordt niet getoetst of sprake is van een dergelijke indicatie. Als er eenmaal een indicatie als bedoeld in bijlage 1 van Bz bestaat, kunnen er geen nadere voorwaarden worden gesteld aan de behandeling en mag dus niet in verband daarmee ook nog om een behandelplan worden gevraagd.

3.9.1 Psychosomatische fysiotherapie

Het Zorginstituut heeft op basis van het uitgevoerde literatuuronderzoek niet kunnen concluderen dat psychosomatische fysiotherapie in zijn algemeenheid behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut heeft ook niet kunnen concluderen dat psychosomatische fysiotherapie bij kinderen behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk.

Psychosomatische fysiotherapie behoort daarmee derhalve noch voor volwassenen noch voor kinderen tot de te verzekeren zorg Zvw.

3.9.2 Psychosomatische fysiotherapie bij angststoornissen

Psychosomatische fysiotherapie bij angststoornissen is niet conform de stand van de wetenschap en praktijk. Oefen- en ontspanningstherapie als onderdeel van de psychosomatische fysiotherapie bij angststoornissen behoort daarmee niet tot de te verzekeren zorg Zvw.

3.9.3 Geriatrische fysiotherapie

Geriatrische fysiotherapie betreft fysio- of oefentherapeutische zorg zoals fysio- of oefentherapeuten die plegen te bieden. Het gaat hier om reguliere fysio- of oefentherapeutische zorg die voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk en daarmee om te verzekeren zorg Zvw.

3.9.4 Fysiotherapie en oefentherapie bij fibromyalgie

Langdurige intermitterende fysiotherapie en oefentherapie bij fibromyalgie is nog geen behandeling die voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk. De fysiotherapeutische of oefentherapeutische behandeling van mensen met fibromyalgie behoort daarmee niet tot de te verzekeren zorg Zvw.

3.9.5 Manuele fysiotherapie en manuele geneeskunde

Manuele fysiotherapie is zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden. Over de vraag of manuele fysiotherapie zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk kan het Zorginstituut geen algemene uitspraak doen. Het Zorginstituut zal op basis van nader onderzoek in het kader van een update van de zogeheten chronische lijst over een aantal indicaties aangeven of manuele fysiotherapie effectief is en of deze zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en zal eerst dan kunnen beoordelen of het daarmee bij die aandoeningen te verzekeren zorg als bedoeld in de Zvw betreft.

Manuele geneeskunde is geen zorg zoals huisartsen of medisch-specialisten die plegen te bieden en de vraag of manuele geneeskunde zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk is daarmee niet aan de orde.

Manuele geneeskunde kan derhalve niet worden aangemerkt als te verzekeren zorg Zvw.

3.9.6 Hänen-ouderprogramma

Het Hänen-ouderprogramma betreft zorg zoals logopedisten plegen te bieden.

Het Zorginstituut is van oordeel dat het programma bij kinderen met een spraaktaalstoornis op de leeftijd van 1,5 tot 5 jaar en een indicatie voor logopedie effectief is en kan worden aangemerkt als zorg die voldoet aan het wettelijk criterium stand van de wetenschap en praktijk. Het Hänen Ouderprogramma kan daarmee worden aangemerkt als te verzekeren zorg Zvw.

3.10 Verpleegkundige zorg zonder verblijf

Verpleging zonder verblijf, die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg moet in de modelovereenkomsten als te verzekeren prestatie zijn opgenomen. Dat was tot nu toe veelal niet het geval. Het is overigens geen eis dat het in een apart artikel moet staan; het kan bijvoorbeeld ook bij de medisch-specialistische zorg worden gezet.

De uitsluitingen van de verpleging zonder verblijf die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg moeten in hetzelfde artikel staan. Deze uitsluitingen kunnen eventueel daarnaast ook nog op andere plaatsen in de modelovereenkomst worden genoemd.

Een nadere aanduiding van deze zorg als 'zoals verpleegkundigen intramuraal plegen te bieden' is niet juist. Artikel 2.11 Bz formuleert het ruim (zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden) en dat artikel kan ook verpleging omvatten die aan de orde is bij poliklinische zorg (dan is geen sprake van intramuraal), die verplaatst wordt naar thuis. Denk aan de verpleging bij thuisdialyse. Dialyse in een centrum gebeurt binnen 24 uur, dus zonder verblijf. Daarbij is ook verpleging aan de orde. Die verpleging is ook thuis te krijgen (thuisdialyse). En die verpleging valt onder artikel 2.11 Bz.

De omschrijving 'verpleegkundige handelingen' is ook niet juist, omdat die bewoordingen slechts lijken de duiden op instrumentele handelingen. Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden beperkt zich hier niet toe, maar strekt zich ook uit tot bijvoorbeeld coördinatieactiviteiten van de verpleegkundige.

Het is daarom raadzaam in de modelpolis te spreken van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'.

3.11 Mondzorg

Verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard (hulp door de kaakchirurg) kan in de polis zowel worden ondergebracht bij de medisch-specialistische zorg met verblijf als bij de mondzorg.

Wanneer het wordt geschaard onder de medisch-specialistische zorg met verblijf moet er voor de inhoud van de zorg wel verwezen worden naar het mondzorgartikel.

In de mondzorg zijn er overigens drie subcategorieën van deze zorg: Het betreft bijzondere tandheelkunde (volgens artikel 2.7, lid 1 Bz) en de zorg beschreven in artikel 2.7, lid 4 onder m en lid 5 onder a van het Bz.

Het is echter niet nodig om bij elk van deze drie vormen apart aan te geven dat sprake kan zijn van verblijf dat in verband hiermee medisch noodzakelijk is. Er kan ook algemeen aangegeven worden dat verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (hulp door de kaakchirurg) onder de mondzorg valt.

In bepaalde, nader omschreven situaties, zijn verzekerden aangewezen op mondzorg voor medisch gecompromitteerden zoals omschreven in artikel 2.7, eerste lid, onder c Bz. Onder deze behandeling valt over het algemeen het ontstekingsvrij maken van de mond door parodontale behandeling, extractie of toedienen van antibiotica.

3.12 Ketenzorg

Het begrip ketenzorg wordt soms ruimer opgevat dan door VWS is bedoeld. Het is daarom raadzaam aan te sluiten bij de definitie zoals VWS heeft omschreven: ketenzorg is zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

Ketenzorg hoeft niet als één zorgvorm aangeboden te worden, zolang alle losse onderdelen maar beschikbaar zijn en worden aangeboden aan de verzekerde. Als een verzekeraar ketenzorg aanbiedt, heeft hij de keuze dit voor één, meerdere of alle zorgvormen te doen waar de NZa zorgstandaarden voor heeft ontwikkeld.

Ketenzorg valt buiten het verplicht eigen risico.

3.13 Andere zorgvormen

3.13.1 Revalidatiezorg

Deze zorg moet inhouden het 'plegen te bieden' of een invulling die daarmee overeenkomt. De volgende omschrijving is een juiste invulling: 'deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag'. Beschrijvingen die hiervan afwijken zijn niet juist.

Het eisen van een voorafgaand behandelplan door de zorgverzekeraar is niet toegestaan. Het behandelplan wordt door de revalidatie-instelling zelf opgesteld en maakt al onderdeel uit van de behandeling. Wel mag de zorgverzekeraar in de modelovereenkomst bepalen dat de aanvraag voor toestemming deugdelijk moet zijn gemotiveerd en ten minste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en

intensiteit van de behandeling'. Als in een modelovereenkomst behandelplan staat is dit niet onjuist, maar het is beter om bovenstaande zinsnede te gebruiken.

De prestatie kan niet worden omschreven als revalidatie zoals revalidatieartsen die plegen te bieden in een revalidatiecentrum. De inhoud van de prestatie zal anders moeten worden bepaald. Wanneer daarbij de term 'plegen te bieden' wordt gehanteerd, kan dat alleen als de daarbij genoemde beroepsgroepen ook op die manier genoemd worden in het Bz (revalidatieartsen worden daar niet genoemd). Bovendien is revalidatie multidisciplinair.

Robotgeassisteerde looptraining met gebruik van de Lokomat is geen evident betere maar ook geen slechtere manier om te revalideren. Het gebruik van robotgeassisteerde loopbandtrainingshulpmiddelen als de Lokomat bij loopbandtraining met ondersteuning van het lichaam dient te worden gezien als een variant van de in de praktijk algemeen geaccepteerde behandeling bij revalidatie van patiënten met neurologische loopbeperkingen ten gevolge van neurologische problematiek (CVA/ een dwarslaesie). Het behoort volgens het Zorginstituut tot de gebruikelijke (verantwoorde, state of the art) revalidatiezorg van patiënten met neurologische loopbeperkingen door CVA of dwarslaesie. Of het ook een kosteneffectieve trainingmethode is, heet het Zorginstituut op basis van de literatuur niet kunnen beoordelen. Het is aan de revalidatiearts en de fysiotherapeut van de revalidatieinstelling om te beoordelen of gebruik van de Lokomat tot aanvaardbare kosten en baten leidt en of tot aanschaf kan worden overgegaan.

Oncologische revalidatie is onderdeel van oncologische zorg en daarmee van geneeskundige zorg. Het is zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Oncologische revalidatie is daarmee aan te merken als te verzekeren zorg Zvw.

Oncologische revalidatieprogramma's als Herstel en Balans zijn niet aan te merken als te verzekeren zorg. Er is nog onvoldoende bewijs voor de werkzaamheid en effectiviteit van programma's die een fysiek deel combineren met een psychosociaal deel en zich beperken tot één bepaalde fase van kanker.

3.13.2 Ziekenvervoer

Voor wat betreft ziekenvervoer, kan ter vervanging van ambulancevervoer gebruik worden gemaakt van een ander vervoermiddel, bijvoorbeeld een heliporter of glijbanaan (ongevallen skipiste). Dit geldt ook in het buitenland (werelddekking Zvw). In principe beperking tot 200 km en toestemming zorgverzekeraar vereist. De vraag die vaak speelt is wanneer de vereiste toestemming op basis van de zorgverzekering moet worden gegeven/mag worden geweigerd. Het Zorginstituut gaat er vanuit dat de alarmcentrales die bij het (verkeers)ongeval in het buitenland praktisch altijd worden ingeschakeld, hierbij als onafhankelijke bemiddelaar optreden tussen verzekerde en zorgverzekeraar. Hierdoor zal misbruik (door het verkrijgen van toestemming op grond van foutieve gegevens) zo goed als uitgesloten zijn. Per geval zal derhalve op gezag van de alarmcentrale toestemming moeten worden gegeven danwel geweigerd. Bij ongevallen op de skipiste, waarbij geen alarmcentrale bemiddelt, moet naar het oordeel Zorginstituut altijd toestemming (achteraf) worden gegeven. Een ambulance kan nu eenmaal niet op de skipiste komen en het is niet goed voorstelbaar dat iemand gebruik maakt van een zogenaamde 'glijbanaan' zonder dat hij of zij daarop ook werkelijk is aangewezen.

3.13.3 Stoppen met roken-programma

Per 1 januari 2011 maakt het stoppen met roken-programma deel uit van de te verzekeren prestaties zoals omschreven in de Zvw. Dit is een geheel nieuwe te verzekeren prestatie. Het programma bestaat uit een combinatie van op gedragsverandering gerichte interventies (in een groep of individueel) met farmacotherapeutische interventies. Bij dit integrale programma vormt de gedragsmatige begeleiding de basis. Dit betekent dat altijd een vorm van erkende gedragsmatige begeleiding wordt ingezet met mogelijke aanvulling van effectief bewezen farmacotherapie, maar dat farmacotherapie nooit zonder gedragsmatige ondersteuning kan worden ingezet.

Het is raadzaam het betreffende polisartikel als volgt vorm te geven:
'Het stoppen met roken-programma behelst de op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg al dan niet in combinatie met geneesmiddelen met als doel te stoppen met roken. De zorg omvat het een keer per jaar volgen van het programma.'

Het voltooien van het programma mag door de zorgverzekeraar niet als eis worden gesteld alvorens tot vergoeding van de prestatie over te gaan.

4. Hulpmiddelen

4.1 Regelgeving Zvw en afbakening

4.1.1 Verwijzing naar regelgeving

Indicatievoorwaarden en andere voorwaarden voor hulpmiddelenzorg zijn in beginsel een onderdeel van de modelovereenkomst. Deze voorwaarden zijn ook uitgeschreven in de Rv. De Rv is een algemeen verbindend voorschrift. Voor het standpunt op het gebied van deze kwestie, is een parallel getrokken met de farmaceutische zorg. Voor de farmaceutische zorg is het onwerkbaar om voor verzekerden de inhoud van Bijlage 1 van de Rv op de website te zetten of deze op verzoek te doen toekomen. Deze is te omvangrijk. Voor farmaceutische zorg en hulpmiddelen mag worden volstaan met een verwijzing naar de Rv voor de wettelijke (indicatie)voorwaarden. Het is daarbij aan te bevelen dat de Rv op de website van de zorgverzekeraar is te vinden, of dat de zorgverzekeraar desgewenst de regeling toezendt aan verzekerde.

4.1.2 Afbakening andere domeinen

De preambule van de Zvw luidt: 'Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking en Alzo Wij..... verzekerd is tegen de gevolgen van behoefte aan geneeskundige zorg'. Deze tekst is van belang voor de afbakening met andere terreinen.

Wanneer een hulpmiddel zowel in de leefsituatie als in de onderwijs- of werksituatie wordt gebruikt kan zich de vraag voordoen wat de voorliggende voorziening is. Van oudsher is de algemene beleidslijn dat als sprake is van een hulpmiddel dat zowel in de leefsituatie als in de onderwijs- of werksituatie wordt gebruikt, de verstrekking wordt toegekend op grond van de zorgverzekering. Hierbij kan rekening worden gehouden met de eisen die aan het hulpmiddel worden gesteld in verband met de onderwijs- of werksituatie. Het gaat dan vooral om gezondheidsgerelateerde hulpmiddelen die op of aan het lichaam worden gedragen (speciale orthopedische schoenen, vochtdichte hoortoestellen etc.).

4.2 Verzekeringsrecht

4.2.1 Verhouding modelovereenkomst/reglement

Veel zorgverzekeraars hebben naast een bepaling over hulpmiddelen in de modelovereenkomst een reglement hulpmiddelen opgesteld. Een reglement kan niet gelden als aanvulling op de polisvoorwaarden, maar is er een onderdeel van.

4.2.2 Volledigheid van voorwaarden

Het is niet volledig als een zorgverzekeraar in de modelovereenkomst of het Reglement Hulpmiddelen heeft opgenomen dat de verzekerde aanspraak heeft op hulpmiddelen, als hij voldoet aan de voorwaarden als bedoeld in de Rv. Op zich is het begrip 'aanspraak (op grond van de modelovereenkomst)' juist. Er is echter pas aanspraak als de verzekerde aan alle polisvoorwaarden voldoet. Immers de aanspraak volgt niet uit de wet, maar uit de modelovereenkomst. Bij andere voorwaarden kan vooral worden gedacht aan voorwaarden in het Reglement en aan het

algemene indicatievereiste. De voorgaande formulering is dus onvolledig en daardoor onjuist. Er is een toevoeging nodig in de trant van *'en aan de overige voorwaarden die zijn opgenomen in deze modelovereenkomst waaronder het reglement'*.

In de polis moet vermeld worden dat een verzekerde aanspraak kan maken op *functionerende* hulpmiddelen.

4.2.3 Een verzekerde heeft recht krachtens modelovereenkomst

Een zorgverzekeraar kan niet in zijn reglement stellen dat een verzekerde **krachtens** de Zvw recht heeft op verstrekking of vergoeding van aanschaf of het in bruikleen verstrekken van de in het reglement genoemde hulpmiddelen als hij daartoe is geïndiceerd. Een verzekerde heeft recht krachtens de *modelovereenkomst*. Het is wel goed om te stellen 'conform' de Zvw.

4.2.4 Recht op schadevergoeding na toerekenbare onachtzaamheid

De zorgverzekeraar is niet verplicht om in de modelovereenkomst of het reglement bepalingen op te nemen over onachtzaamheid. De zorgverzekeraar kan er voor kiezen om terug te vallen op het BW en een uitleg hiervan. Een zorgverzekeraar kan echter bepalingen rondom toerekenbare onachtzaamheid opnemen.

4.2.5 Verhuiskosten

Het expliciet uitsluiten van de vergoeding van verhuiskosten is niet in overeenstemming met de Zvw en aanverwante regelgeving.

4.2.6 'Verhalen op de verzekerde'

De terminologie 'verhalen op de verzekerde' kan verwarrend zijn. Wanneer het gaat om een restitutiepolis is het in eerste instantie de verzekerde zelf degene die 'schade' lijdt (tenzij het gaat om een bruikleen gegeven hulpmiddel (natura)). De verzekerde betaalt immers de reparatie of het vervangende hulpmiddel. Er kan dan ook niet worden gesproken over 'het verhalen van de schade'. Immers in de praktijk zal het gaan om het weigeren een rekening van een reparatie of een vervangend hulpmiddel (geheel?) te vergoeden of een weigering toestemming vooraf te geven.

4.3 Functiegerichte aanspraken

4.3.1 Limitatieve lijst toegestaan?

Van de hulpmiddelen die functioneel zijn omschreven mag in de polis een limitatieve lijst opgenomen worden. Het is niet zo dat er een afdwingbaar recht moet zijn op alle hulpmiddelen die onder de functionele omschrijving vallen.

I. Functiegerichte omschrijving

Vanaf 1 januari 2009 zijn meerdere hulpmiddelencategorieën functiegericht omschreven. Dit met de bedoeling om de limitatieve lijst van hulpmiddelen los te laten en verzekeraars de mogelijkheid te geven om verzekerden meer zorg op maat te geven.

Het is mogelijk om deze functiegerichte omschrijvingen op verschillende manieren op te nemen in de reglementen. Hieronder beschrijft het Zorginstituut de mogelijkheden:

1. Het overnemen van de oude limitatieve lijst van hulpmiddelen (mits de verschuivingen die hebben plaatsgevonden van hulpmiddelen naar andere categorieën correct zijn overgenomen). Dit is niet fout, maar biedt weinig mogelijkheden voor zorg op maat. Een voorbeeld is de niet-verstevigde orthese. Voorheen was het een eis dat alleen verstevigde orthesen voor vergoeding in aanmerking kwamen. Met de komst van de functiegerichte omschrijving is het ook mogelijk om niet-verstevigde orthesen te verstrekken/vergoeden. Vaak is dit type brace voor de patiënt fijner om te dragen en daarnaast ligt de prijs van deze orthesen veelal lager. Als u een limitatieve lijst opneemt in uw reglement waar deze niet-verstevigde orthesen niet op staan, heeft u geen mogelijkheid om deze niet-verstevigde orthesen ten laste van de polis te vergoeden.
2. De oude limitatieve lijst uitbreiden met hulpmiddelen zoals de niet-verstevigde orthesen en mogelijk andere hulpmiddelen waar u het bestaan van weet, die onder deze functiegerichte omschrijving vallen en voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.
3. Het noemen van de functiegerichte omschrijving en verder niets. Dan kan een verzekerde aanspraak maken op alle hulpmiddelen die onder de bewuste functiegerichte omschrijving vallen, mits het hulpmiddel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en er redelijkerwijs op is aangewezen.
4. Het noemen van de functiegerichte omschrijving, met daaronder een lijst van mogelijke hulpmiddelen die voor vergoeding in aanmerking komen, met daarbij de clausule dat als een verzekerde een hulpmiddel, dat onder de bewuste functiegerichte omschrijving valt, verstrekt of vergoed wil krijgen maar niet op bovenstaand lijstje voorkomt, contact op kan nemen met de verzekeraar. De verzekeraar oordeelt vervolgens of het betreffende hulpmiddel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en zo ja, of de verzekerde er redelijkerwijs op is aangewezen of dat verzekerde vanuit doelmatigheidsoogpunt op een ander hulpmiddel is aangewezen.

4.3.2 Geen zorginhoudelijke criteria meer, maar wel richtlijnen mogelijk

De hulpmiddelencategorieën (waaronder kappen ter bescherming van de schedel en verbandmiddelen vallen) zijn in de Rv inmiddels functiegericht omschreven. Verbandschoenen en allergeenvrij schoeisel vallen in de nieuwe regelgeving onder de hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid. Bijlage 3 is hierdoor komen te vervallen.

Zorgverzekeraars kunnen de zorginhoudelijke criteria nog wel als richtlijn gebruiken voor het bepalen van de vraag of de verzekerde naar aard en omvang redelijkerwijs op het hulpmiddel is aangewezen (operationalisering van artikel 2.1 lid 3, van het Bz). Ook is het mogelijk deze zorginhoudelijke criteria in het reglement op te nemen. Als de zorgverzekeraar dit wenst dient deze zich te realiseren dat deze criteria slechts van indicatieve aard kunnen zijn. Gelijk aan de huidige regeling moet het mogelijk blijven in individuele gevallen van deze criteria af te wijken en zal dit eveneens uit het reglement moeten blijken.

Overigens kunnen de voormalige zorginhoudelijke criteria (bijlage 3, onderdeel 2) voor *vervanging* van brillenglazen en lenzen niet één op één worden toegepast op de toekomstige functiegericht omschreven te verzekeren prestatie. Immers de te verzekeren prestatie 'uitwendige hulpmiddelen voor de visuele functie' is zodanig gewijzigd dat deze criteria hiervoor niet toereikend zijn. Brillenglazen vallen niet langer onder deze te verzekeren prestatie. Wat lenzen betreft gaat de nieuwe regelgeving ervan uit dat hierop aanspraak bestaat als de stoornis in de visuele functie een gevolg is van een medische aandoening of een trauma, waarbij lenzen tot een grotere verbetering in de functies gezichtsscherpte of kwaliteit van visus leiden dan brillenglazen. In de toelichting op het wijzigingsbesluit worden voorbeelden van zorginhoudelijke criteria voor lenzen genoemd. Deze zijn ruimer dan de op de huidige vervangingsregeling gebaseerde criteria.

4.4 Bruikleen

4.4.1 Bruikleen is om niet

Om de bruikleenconstructie in te passen in de modelovereenkomst en/of het reglement zijn vier varianten mogelijk:

1. naturapolis;
2. zuivere restitutiepolis;
3. restitutiepolis met gecontracteerde zorg;
4. combinatiepolis

De vraag spitst zich toe op de verstrekking van hulpmiddelen bij niet-gecontracteerde zorg. Dit speelt primair bij restitutievarianten, maar kan zich ook voordoen bij natura (namelijk in het geval van artikel 13 Zvw: verzekerde kan zich tot niet-gecontracteerde aanbieder wenden).

De overeenkomst van bruikleen is de overeenkomst waarbij de ene partij (de uitlener, i.c. de leverancier of de zorgverzekeraar) *om niet* (dat wil zeggen zonder geldelijke vergoeding) het gebruik van een hulpmiddel verschaft aan de bruiklener (de verzekerde). De verzekerde is verplicht hetzelfde hulpmiddel te zijner tijd terug te geven.

Verzekeraars kunnen niet de bepaling opgenomen dat de verzekeraar te allen tijde mag bepalen of een hulpmiddel in eigendom of bruikleen wordt verstrekt. Dit mag wel *per hulpmiddel en vooraf* worden vastgesteld in de polis of het reglement.

4.4.2 Hulpmiddelen in bruikleen bij natura

Zoals bekend kunnen hulpmiddelen in bruikleen worden verstrekt. Een verzekerde krijgt derhalve om niet tijdelijk een hulpmiddel tot zijn beschikking. De wezenlijke elementen kunnen worden vervuld in een naturasysteem waarbij de zorgverzekeraar de verzekerde hulpmiddelen verstrekt.

De zorgverzekeraar kan de hulpmiddelen zelf in bruikleen verstrekken. In dat geval moet de zorgverzekeraar zelf eigenaar zijn van de hulpmiddelen (hij koopt ze dan van de leverancier en sluit zelf een bruikleenovereenkomst af met de verzekerde).

De zorgverzekeraar kan het hulpmiddel ook in bruikleen laten verstrekken door een derde (de hulpmiddelenleverancier). In de overeenkomst met de hulpmiddelenleverancier moet hij dan regelen dat

die leverancier het middel in bruikleen verstrekt en daarvoor van de zorgverzekeraar een vergoeding ontvangt.

4.4.3 Hulpmiddelen in bruikleen in restitutiesysteem

Een restitutiesysteem werkt anders dan een naturasysteem. In de zuivere vorm van een restitutiesysteem wendt een verzekerde zich tot een hulpmiddelenleverancier, schaft een hulpmiddel aan en declareert de rekening bij zijn zorgverzekeraar. Ook in een restitutiesysteem met overeenkomsten, is het de verzekerde die zich wendt tot een hulpmiddelenleverancier om een hulpmiddel aan te schaffen. Hij wendt zich tot de verstrekker en niet tot zijn zorgverzekeraar. De relatie tussen de zorgverzekeraar en de hulpmiddelenleverancier is niet meer dan een betaalrelatie.

Bruikleen is per definitie een vorm van levering in natura en is niet inpasbaar in een restitutiesysteem, waarbij de prestatie altijd wordt geleverd in de vorm van een financiële vergoeding. In casu de aanschafprijs. In veel gevallen zal het niet doelmatig zijn de gehele aanschafprijs te vergoeden. Als alternatief voor de bruikleenconstructie kan dan bij restitutie worden gekozen voor de vorm van huur. De zorgverzekeraar moet dan wel in de modelovereenkomst opnemen dat alleen de kosten van huur tot de verzekerde prestatie behoren. Verder geldt dan als voorwaarde dat leveranciers ook hulpmiddelen in huur aanbieden. De zorgverzekeraar heeft hierop niet rechtstreeks invloed, aangezien er bij (zuivere) restitutie geen sprake is van contracten tussen zorgverzekeraar en leverancier.

Het is dan primair een vorm van huur van de hulpmiddelenleverancier aan de verzekerde. Als een zorgverzekeraar de hulpmiddelen zelf wil gaan verhuren, zal hij eerst juridisch de beschikking moeten krijgen over de hulpmiddelen.

Als de zorgverzekeraar ook bij een restitutiepolis de voorkeur heeft voor het verstrekken van hulpmiddelen in bruikleen, kan hij ervoor kiezen om in afwijking van de overige prestaties hulpmiddelen als naturaprestatie aan te bieden. Niet alleen moet een uitzondering zijn gemaakt op de restitutie, maar ook moet expliciet worden aangegeven dat de verzekerde zich tot gecontracteerde leveranciers moet wenden, welke opvraagbaar moet zijn bij de zorgverzekeraar.

4.4.4 Verzekerde kiest voor niet-gecontracteerde aanbieder

De vraag is in hoeverre de zorgverzekeraar ook bepaalt op welke vorm van levering de verzekerde recht heeft als het gaat om de keuze voor een niet-gecontracteerde leverancier op grond van artikel 13 Zvw. Als de verzekerde wil uitwijken naar niet-gecontracteerde zorg is een bruikleenconstructie niet mogelijk. De verzekerde moet het hulpmiddel dan kopen of huren van de leverancier. De zorgverzekeraar kan de hoogte van de vergoeding beperken tot (een deel van) het door de leverancier in rekening gebrachte huurbedrag of tot een door de zorgverzekeraar zelf vastgesteld maximum huurbedrag. Dat moet dan wel in de modelovereenkomst worden geregeld. De zorgverzekeraar zou overigens ook bijvoorbeeld huur kunnen uitsluiten.

4.4.4.1 Berekeningswijze bij niet-gecontracteerde zorg

Verder moet in de modelovereenkomst zijn geregeld, hoe de zorgverzekeraar de hoogte van de vergoeding vaststelt voor (bruikleen-) hulpmiddelen in het geval dat de verzekerde (op grond van artikel 13 Zvw) ervoor kiest zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te

wenden. De zorgverzekeraar kan bijvoorbeeld bepalen dat de vergoeding een bepaald percentage omvat van de kosten die de zorgverzekeraar zou hebben gemaakt bij verstrekking in bruikleen (dit kan dus afwijken van de algemene bepaling; vaak een bepaald percentage van het marktconforme tarief). Omdat de gemiddelde kosten van een bruikleenverstrekking (veelal) lager zullen zijn dan de kosten van een eigendomsverstrekking, zal deze mogelijkheid voor de verzekerde niet erg aantrekkelijk zijn.

4.4.4.2 Gedeeltelijke vergoeding

Bij een artikel 13 Zvw-situatie (keuze niet-gecontracteerde leverancier) kan een zorgverzekeraar stellen dat bijvoorbeeld maximaal 90% wordt vergoed van de prijs van een vergelijkbaar hulpmiddel bij een gecontracteerde leverancier of *maximaal 90% van de wettelijk vastgestelde maximale vergoeding*. Inhoudelijk is dit juist. Het is echter juister om te formuleren '90% van het gecontracteerde bedrag'.

4.4.5 Vervoer en onderhoud (bij huur)

Artikel 2.7, tweede lid Rv bepaalt dat als een hulpmiddel in bruikleen wordt gegeven hieronder ook het vervoer van het hulpmiddel en regelmatig onderhoud valt. Wanneer in een reglement wordt geregeld dat ook bij huur van een hulpmiddel aanspraak bestaat op vervoer en onderhoud, is dat geen uitbreiding van de aanspraak, ongeacht of het gaat om restitutie met of zonder contracten of artikel 13 Zvw restitutie. Uitgangspunt is volgens de toelichting op de Rv, dat hulpmiddelen gebruiksklaar worden afgeleverd. Het Bz spreekt immers over functionerende hulpmiddelen. Een dergelijke polisbepaling is in overeenstemming met de uitvoeringspraktijk.

4.4.6 Modelovereenkomst en reglement

Een uitwerking van een bepaalde constructie kan alleen op het niveau van reglement worden geregeld als het wordt gedekt door de bepalingen in de modelovereenkomst. Hetzelfde geldt voor het bepalen van de hoogte van de vergoeding bij het afnemen bij een niet-gecontracteerde aanbieder.

4.4.7 Samenvatting en conclusie

- In een naturapolis is bruikleen mogelijk. Daartoe is vereist dat de zorgverzekeraar zelf eigenaar van het hulpmiddel is, dan wel contractueel met de leverancier regelt dat die het hulpmiddel in bruikleen aan de verzekerde verstrekt.
- In een restitutiepolis (met alleen maar restitutie) past geen bruikleenconstructie. De verzekerde moet het hulpmiddel dan kopen of huren van de leverancier. De zorgverzekeraar kan de hoogte van de vergoeding bij restitutie slechts beperken tot wat redelijk is binnen de Nederlandse marktverhoudingen. Wel zou hij uit het oogpunt van doelmatigheid kunnen bepalen, dat voor (bepaalde) hulpmiddelen alleen huurkosten en niet de kosten van koop vergoed kunnen worden. In een restitutiepolis kan wel een uitzondering op de restitutie worden gemaakt voor de hulpmiddelen, waarvoor dan verstrekking in natura geldt. Als dat de enige uitzondering op de restitutie is, hoeft nog niet van een combinatiepolis gesproken te worden.
- Als de verzekerde wil uitwijken naar niet-gecontracteerde zorg is een bruikleenconstructie niet mogelijk. De verzekerde moet het hulpmiddel dan kopen of huren van de leverancier. De

zorgverzekeraar kan de hoogte van de vergoeding beperken tot (een deel van) het door de leverancier in rekening gebrachte huurbedrag of tot een door de zorgverzekeraar zelf vastgesteld maximum huurbedrag.

- Wat de zorgverzekeraar hierover in het reglement regelt, moet zijn gedekt door wat er in de modelovereenkomst is geregeld.

4.5 Doelmatigheid algemeen (uitwerking goedkoopste adequate hulpmiddel)

Artikel 2.1, derde lid Bz regelt de 'doelmatigheidstoets'. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 Bz, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Voor hulpmiddelen vertalen veel zorgverzekeraars deze doelmatigheidstoets tot het stellen van de eis dat een verzekerde recht heeft op (vergoeding van) het goedkoopste adequate hulpmiddel. De formulering 'goedkoopste, adequate hulpmiddel' werkt verschillend uit in een natura/restitutiemodel.

4.5.1 Naturapolissen

In een naturapolis is de eis van goedkoopste adequaat hulpmiddel logisch. Immers de zorgverzekeraar heeft deze hulpmiddelen gecontracteerd en die wordt verstrekt. De doelmatigheidstoets is een legitimatie voor de zorgverzekeraar dat hij mag volstaan met het contracteren van het goedkoopste adequate hulpmiddel, dat vervolgens wordt verstrekt.

In geval van zorg in natura is het onjuist een prijsopgave te verlangen van een verzekerde. Als een verzekerde zich wendt tot een gecontracteerde leverancier, krijgt de verzekerde de zorg geleverd en heeft de verzekerde niets met de betaling of offerte van de zorg te maken. Dit is iets dat de verzekeraar en de leverancier onderling moeten regelen.

4.5.2 Restitutiepolissen

In een restitutiepolis in de zuivere vorm (dat wil zeggen zonder overeenkomsten) kan de eis niet worden gesteld. Een verzekerde is vrij te gaan naar elke leverancier. Een zorgverzekeraar ziet achteraf het resultaat. Restitutie geeft een verzekerde recht op vergoeding van zijn bonnetje tot maximaal hetgeen in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Dit is niet hetzelfde als de prijs van het goedkoopste adequate hulpmiddel.

Voor restitutiepolissen met overeenkomsten werkt de eis van goedkoopste adequate hulpmiddel verschillend uit. Allereerst kunnen de zorgverzekeraars al dan niet voorafgaand om toestemming vragen. Zorgverzekeraars stellen echter niet altijd een toestemmingsvereiste, dus de verzekerde heeft dan zelf de verantwoordelijkheid. Vanuit verzekerdenperspectief kan worden afgevraagd of het de bedoeling is dat de verzekerde zelf aan prijsvergelijking gaat doen. Het is niet redelijk om in dat geval van een verzekerde te verlangen dat hij de goedkoopste gecontracteerde leverancier uitzoekt, omdat de zorgverzekeraar door het contracteren al een selectie heeft gemaakt.

Schematisch zien de verschillende situaties er als volgt uit:

1. Restitutie | zonder overeenkomsten

Geen eis van goedkoopste, adequate hulpmiddel: volledige keuzevrijheid voor verzekerde geeft maximale vergoeding tot de bovengrens, te weten marktconforme vergoedingen.

2. Restitutie | met overeenkomsten

Zorgverzekeraar wil verzekerden leiden naar gecontracteerde zorgaanbieders. Als geen toestemming nodig is dan toch keuze uit gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Hulpmiddel van gecontracteerde zorgaanbieder wordt volledig vergoed (er zijn prijsafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder). Hulpmiddel van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is marktconform of een (lager) bedrag zoals geregeld in de modelovereenkomst.

4.6 Doelmatigheid specifiek

4.6.1 Limitatieve lijst niet in de wet (wel in de toelichting)

Als er in de Rv een limitatieve opsomming staat van indicatievoorwaarden, dan kan een zorgverzekeraar die in de polis natuurlijk niet uitbreiden. De regelgever heeft ze niet voor niets limitatief geformuleerd.

Helaas gebeurt het nog wel eens dat er in de Regeling geen enkele limitatieve opsomming staat, maar dat die staat in de toelichting. Dit mag niet volgens de Aanwijzingen voor de regelgeving. Een beperking moet in de Regeling worden opgenomen en niet in de toelichting.

De toelichting biedt aan de andere kant wel houvast. Er is ook wel jurisprudentie dat wanneer er een limitatieve opsomming staat in de toelichting, men zich daar ook toe mag beperken. Als de zorgverzekeraar bijvoorbeeld de indicatievoorwaarden voor een slijmuitzuiger in zijn polisvoorwaarden expliciet wil opnemen, dan kan (en moet) hij de limitatieve opsomming uit de toelichting op de Regeling overnemen.

4.6.2 Herstel of wijziging van een hulpmiddel

Moet er in een modelovereenkomst of reglement bepaald worden dat een verzekerde aanspraak heeft op herstel of wijziging van een hulpmiddel (als dat redelijkerwijs is aangewezen!)? En dat een verzekerde aanspraak heeft op reservehulpmiddelen als redelijkerwijs aangewezen?

Het gaat om een uitwerking van de doelmatigheid van de zorg. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, *functionerende* hulpmiddelen en verbandmiddelen. De doelmatigheid mag een zorgverzekeraar vrij invullen, *mits hij binnen de grenzen van de redelijkheid blijft*. Er kan niet worden geëist dat hij dat op een bepaalde manier doet. *Als de zorgverzekeraar alleen vervanging regelt voor zover deze redelijkerwijs is aangewezen, wil dat nog niet zeggen dat herstel of reparatie zijn uitgesloten.*

Advies: Wanneer in een reglement uit een toestemmingsartikel of uit een schema blijkt dat met doelmatige verlening van de zorg ook reserve en herstel worden bedoeld is het voor de kenbaarheid aan te bevelen dat dit in het begin van het reglement expliciet wordt vermeld.

4.6.2.1 Reparaties

Verzekerden hebben recht op de aangewezen *functionerende* hulpmiddelen. De redenen dat een hulpmiddel het voortijdig begeeft of

te snel verslijt zijn veelsoortig. Anderzijds kan het zijn dat de schade valt onder de garantiebepalingen. Het recht van de consumentenkoop is van toepassing. Maar dit zal niet de gevallen dekken van pech en van een snellere slijtage dan normaal vanwege zwaar gebruik door werk of door een medische oorzaak.

De toelichting op de Rv is duidelijk in dit opzicht: 'Mocht een hulpmiddel niet meer goed of onvoldoende functioneren, dan is er immers geen sprake meer van een adequaat functionerend hulpmiddel en dient dit hulpmiddel in voorkomende gevallen hersteld of vervangen te worden.' Het is strijdig met de intentie van de regelgeving om een verzekerde in het algemeen het recht te ontzeggen op een functionerend hulpmiddel. De verzekerde heeft recht op een te allen tijde adequaat hulpmiddel, tenzij er sprake is geweest van toerekenbare onachtzaamheid, opzet of roekeloosheid. Dit geldt ongeacht de rechtspositie van de verzekerde (zowel natura als restitutie).

De reparatiekosten van hulpmiddelen zijn altijd voor rekening van de zorgverzekeraar, er is geen verschil tussen hulpmiddelen die in bruikleen of in eigendom worden verstrekt. Het enige verschil is dat bij bruikleen de zorgverzekeraar (of leverancier bij leasecontract) eigenaar is, en bij eigendom is de verzekerde eigenaar van het hulpmiddel. De kosten komen wel voor rekening van de verzekerde als sprake is van toerekenbare onachtzaamheid, opzet of roekeloosheid van de verzekerde. Bij de verstrekking van hulpmiddelen in eigendom komen de *onderhoudskosten* echter voor rekening van de verzekerde. Kosten van *herstel* komen bij verstrekking van hulpmiddelen in eigendom en eventueel ten laste van het eigen risico van verzekerde.

4.6.2.2 Reserve-exemplaar

Ook bij een tweede of reserve-exemplaar geldt dat deze adequaat moet zijn. De zorgverzekeraar mag niet bepalen dat hij bij de aanschaffing van een tweede exemplaar alleen toestemming geeft voor de goedkoopste beschikbare uitvoering. Bij een tweede of reserve-exemplaar bestaat aanspraak op de goedkoopste *adequate* uitvoering.

4.6.2.3 Gebruikerstermijnen hulpmiddelen

Het is mogelijk om in de modelovereenkomst of het reglement gebruikstermijnen op te nemen, zij het dat die uitsluitend van indicatieve aard mogen zijn. Hoofregel is namelijk - en daar kan niet van worden afgeweken - dat de verzekerde recht op prestaties heeft voor zover hij er naar inhoud en omvang in redelijkheid op is aangewezen. Dit betekent dat als er termijnen worden genoemd, bepaald moet zijn dat in individuele gevallen daarvan kan worden afgeweken.

Het vorenstaande is ook van toepassing op reservehulpmiddelen en op volumevoorschriften, zoals bijvoorbeeld voorkomt bij diabetes-teststrips of incontinentiemateriaal.

4.6.2.4 Kosten van normaal gebruik

Het opnieuw installeren van software of hardware na vastlopen van de computer valt naar het oordeel van het Zorginstituut niet onder de kosten van normaal gebruik. Een nadere bepaling van wat onder de kosten van normaal gebruik valt heeft het risico strijdig te zijn met de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties conform de Zvw. Immers volgens het Bz komen de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde, zonder dat is gedefinieerd wat onder

'normaal gebruik' wordt verstaan. Het verdient aanbeveling een dergelijke indirecte uitsluiting van vergoeding vooraf door het Zorginstituut te laten toetsen.

4.6.2.5 Verzekering diefstal en schade

Een verzekeraar mag een verzekerde niet verplichten een verzekering voor de ten laste van de basisverzekering verstrekte hulpmiddelen af te sluiten. Als een verzekerde dit uit eigen beweging wenst te doen, komen de kosten hiervan niet voor vergoeding ten laste van de basisverzekering in aanmerking.

4.6.2.6 Tabel onderhoud/herstel/vervanging

Ter verduidelijking voor wat betreft het onderhoud, herstel en/of vervanging e.d. van hulpmiddelen, zie onderstaande tabel:

	Bruikleen	Eigendom (gecontracteerd of restitutie)	Eigendom/huur (niet gecontracteerd)
Kosten van regelmatig onderhoud	Zorgverzekeraar	Verzekerde	Verzekerde
Kosten van herstel, verlies of reparatie	Zorgverzekeraar, mits de schade niet valt onder de garantiebepalingen (recht van consumentenkoop) en er geen sprake is geweest van toerekenbare onachtzaamheid, opzet of roekeloosheid.	Zorgverzekeraar, mits de schade niet valt onder de garantiebepalingen (recht van consumentenkoop) en er geen sprake is geweest van toerekenbare onachtzaamheid, opzet of roekeloosheid.	Zorgverzekeraar, mits de schade niet valt onder de garantiebepalingen (recht van consumentenkoop) en er geen sprake is geweest van toerekenbare onachtzaamheid, opzet of roekeloosheid. Een zorgverzekeraar kan wel opnemen in polis/reglement de deze kosten maar deels vergoed worden.
Vervanging binnen gebruikstermijn	Zorgverzekeraar, mits er geen sprake is geweest van toerekenbare onachtzaamheid, opzet of roekeloosheid.	Zorgverzekeraar, mits er geen sprake is geweest van toerekenbare onachtzaamheid, opzet of roekeloosheid.	Zorgverzekeraar, mits de onherstelbare schade/snelle slijtage niet valt onder de garantiebepalingen (recht van consumentenkoop) en er geen sprake is geweest van toerekenbare onachtzaamheid, opzet of roekeloosheid.
Verhuiskosten	Is niet uitgesloten in artikel 2.7 Rv	Verzekerde	Verzekerde
Vervoer (eerste keer)	Zorgverzekeraar (artikel 2.7, Rv)	Zorgverzekeraar (gebruiksklaar)	Zorgverzekeraar (gebruiksklaar)
Ten laste van eigen risico	Het hulpmiddelen + reparatiekosten komen niet ten laste van eigen risico.	Ten laste van eigen risico	Ten laste van eigen risico.

	Eventuele verbruiksartikelen en gebruikskosten (hond) komen wel ten laste van eigen risico.		
--	---	--	--

4.6.3 Voorschrijven van merk en type door zorgverzekeraar

Een zorgverzekeraar kan in een naturapolis het merk en type van het hulpmiddel bepalen in het kader van doelmatige zorg.

In een restitutiepolis (met of zonder gecontracteerde zorg) – maar ook in artikel 13 Zvw-situaties – kan een zorgverzekeraar geen beperkingen opleggen aan de inhoud van de zorg. Een verzekerde heeft recht op een adequaat middel. Dit betekent dat een zorgverzekeraar bij de toestemming niet 'soort en materiaal' van het aan te schaffen hulpmiddel mag bepalen. De verzekerde heeft – na toestemming door de zorgverzekeraar – keuzevrijheid ten aanzien van het aan te schaffen hulpmiddel. Verzekerde heeft recht op maximale vergoeding tot de bovengrens, te weten marktconforme vergoedingen. Wel kan een zorgverzekeraar eisen stellen aan de kwaliteit van de leverancier of van het hulpmiddel.

4.6.4 Kwaliteitskeurmerk leverancier hulpmiddelen

De zorgverzekeraar mag in zijn modelovereenkomst of reglement regelen dat de verzekerde zich uitsluitend kan wenden tot een erkende of gecertificeerde leverancier. Het moet dan wel gaan om erkenningen of certificeringen die voldoen aan bepaalde voorwaarden. De Richtsnoeren Samenwerking Bedrijven (www.acm.nl) geven daarover meer duidelijkheid.

4.6.5 Eisen aan toelichting voorschrijvend specialist

De voorwaarde dat een schriftelijke toelichting van de specialist (zoveel mogelijk) functiegericht dient te zijn omschreven (in ICF-termen) is met name een beperking van het recht om naar een niet-gecontracteerde zorgverlener te gaan.

Het betreft hier een instructie voor de zorgverlener. Verzekerde wordt op deze manier belast met de controle van het voorschrift. Hij kan op deze manier ook worden betrokken in een eventueel conflict tussen zorgverlener en zorgverzekeraar. Daarom kan het de relatie tussen behandelaar en patiënt negatief beïnvloeden.

4.6.6 Retournering hulpmiddelen in bruikleen door nabestaanden

Vraag: Kan van nabestaanden worden verwacht dat zij een hulpmiddel goed dienen te verzorgen en binnen redelijke termijn terug te bezorgen op straffe van een terugvordering?

Ingeval van overlijden moet de zorgverzekeraar zelf actie ondernemen om het bruikleenhulpmiddel terug te vorderen. Mogelijk zijn nabestaanden niet op de hoogte van het feit dat een bepaald hulpmiddel in bruikleen is verstrekt. Het zou dan niet juist zijn hen met een boete te confronteren als zij het hulpmiddel niet tijdig inleveren. Het gaat daarom te ver om deze verantwoordelijkheid bij de nabestaanden neer te leggen

op straffe van een terugvordering ter hoogte van de restwaarde van het hulpmiddel.

4.6.7 Intrekken toestemming bij eigendom

Een zorgverzekeraar hanteerde het volgende artikel:

'Als de verzekerde niet langer op het gebruik van een hulpmiddel is aangewezen, kan de verleende toestemming worden ingetrokken. De verzekerde is verplicht de zorgverzekeraar te informeren, wanneer een in bruikleen gegeven hulpmiddel niet meer wordt gebruikt'.

Dit artikel stond tussen allerlei toestemmingsbepalingen die zowel van toepassing zijn op eigendom als bruikleen. Onduidelijk is of de eerste zin betrekking heeft op bruikleen of ook op eigendom.

Het intrekken van toestemming bij hulpmiddelen die in eigendom worden verstrekt, is lastig. Hoe weet de zorgverzekeraar dat een verzekerde niet langer op een hulpmiddel is aangewezen? Op zijn vroegst bij een aanvraag voor herstel of vervanging van het hulpmiddel. In dat geval kan een zorgverzekeraar het herstel of de vervanging weigeren. Bij een doorlopende machtiging – bijvoorbeeld bij verbruiksartikelen – kan het intrekken van deze machtiging aan de orde zijn, maar vaak gaat het om chronische indicaties (incontinentie, diabetes etc). Bij bruikleenhulpmiddelen kan een zorgverzekeraar het hulpmiddel terugvragen als het niet wordt gebruikt. Het gaat dan in feite niet om het intrekken van toestemming, maar om het terugvorderen van het hulpmiddel op grond van de bruikleenovereenkomst. De zorgverzekeraar dient dan wel een tussentijdse controlemogelijkheid in te bouwen.

4.7 Specifieke hulpmiddelen

4.7.1 Geen te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg

Op grond van de Zvw vallen de volgende hulpmiddelen niet onder de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg in de Zvw:

- CPM-motorslede: het betreft medisch-specialistische zorg
- Vac-pomp: het betreft medisch specialistische zorg
- Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood: dit is ziekenhuisverplaatste zorg en als zodanig maakt het deel uit van de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden
- UV-lichttherapie: het betreft medisch-specialistische zorg (maar aanspraak hangt af vormgeving betreffende polisartikel!)

Het is niet fout om in modelovereenkomsten te stellen dat verzekerden aanspraak hebben op het gebruik van dergelijke apparatuur in het kader van de medisch specialistische zorg. Echter er kan niet worden gesteld dat aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van dergelijke apparatuur. Omdat de financiering van deze hulpmiddelen (zoals CPM- motorslede en VAC-pomp) via DBC's moet lopen, is een aparte rekening voor de (huur-)kosten van deze apparatuur niet mogelijk. In dit verband kan alleen sprake zijn van vergoeding van een DBC in het kader van de specialistische zorg, waarin de kosten van de apparatuur zijn verdisconteerd.

Ten aanzien van hulpmiddelenzorg bij uitbehandelde dyslexie het volgende:

Het Zorginstituut heeft op 30 juli 2007 het Rapport 'Dyslexie: van zorg verzekerd?' uitgebracht. Er is een 'Protocol behandeling' opgesteld voor

kinderen met ernstige dyslexie. De eindverantwoordelijkheid van de diagnostiek en behandeling volgens dit protocol ligt bij een psycholoog of orthopedagoog. Deze heeft een tweejarige postacademische opleiding doorlopen en is bij de overheid of de beroepsvereniging(en) geregistreerd als GZ-psycholoog (VWS), kinder- en jeugdpsycholoog (NIP) of orthopedagoog-generaal (NVO). Het protocol leent zich ervoor om multidisciplinair te werken. Er kunnen dus ook andere beroepsgroepen een rol spelen in het diagnose- of behandeltraject. Zij vallen dan onder de verantwoordelijkheid van een GZ-psycholoog of een orthopedagoog op het niveau van GZ-psycholoog.

Als deze benadering ook bij het voorschrijven van Daisy-spelers wordt gevolgd dan is het niet per se noodzakelijk dat er een verklaring komt van een multidisciplinair instituut. Belangrijk is dat de verklaring – dat sprake is van uitbehandelde dyslexie – wordt afgegeven door een GZ-psycholoog of orthopedagoog die al dan niet verbonden is aan een dergelijk instituut.

4.7.2 Plaatsing anticonceptiemiddelen

De uitsluiting van de vergoeding van (de plaatsing van) van anticonceptiemiddelen (spiraaltje/pessarium) wanneer dit door een medisch specialist wordt gedaan is niet in overeenstemming met de Zvw.

Een zorgverzekeraar kan (afgezien van de huisarts) voor het plaatsen van een spiraaltje/pessarium een contract afsluiten met een polikliniek voor anticonceptie, maar een verzekerde zou zich natuurlijk tot een niet-gecontracteerde hulpverlener kunnen wenden (bijv. medisch specialist). De vergoeding is dan overeenkomstig de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg. Dat wil zeggen dat verzekerde een vergoeding krijgt van bijvoorbeeld 80% van de door de specialist in rekening gebrachte DBC. Het spiraaltje dient uit de DBC te worden bekostigd. In 3% van de gevallen is plaatsing door een medisch-specialist geïndiceerd. Verzekerden kunnen niet worden verplicht om in die gevallen naar een gecontracteerde kliniek te gaan (waar waarschijnlijk een medisch-specialist aan is verbonden).

4.7.3 Procedurevoorwaarden voor 'Zelfmeetapparatuur en thuisdialyse apparatuur

Onder de ZFW waren de aanspraken 'Hulp door de trombosedienst' en 'Haemodialyse en Nierdialyse' geregeld in de Besluiten Hulpverlening door trombosediensten ziekenfondsverzekering en het Besluit niet-klinische haemodialyse ziekenfondsverzekering.

De procedurevoorwaarden van de trombosedienst en van de haemodialyse-instelling mogen van toepassing worden verklaard, zolang hierdoor de aanspraak op grond van de Rv maar niet wordt beperkt.

Zelfmeetapparatuur valt nu namelijk onder de aanspraak 'hulpmiddelen'.

De thuisdialyseapparatuur valt al sinds 1 januari 2014 niet meer onder de hulpmiddelenzorg, maar (weer) onder de medisch-specialistische zorg.

4.7.4 Lijm voor bevestiging van gelaatsprothesen

Wanneer een zorgverzekeraar dit op zijn lijst zet als aanspraak is dit niet fout. De vergelijking kan worden getrokken met plakstrips voor mammaprothesen. Het verschil is echter dat mammaprothesen ook

zonder plakstrips kunnen worden gedragen en de lijm voor de gelaatsprothesen onmisbaar is en erg duur.

4.7.5 Terminologie

Als termen als AIP, G-standaard, 1,35 per eenheid voor prothesen en 5% opslag voor halffabrikaten gebruikelijke termen zijn voor de hulpmiddelenleveranciers voldoen deze aan de eis van kenbaarheid voor verzekerden.

4.7.6 Aan- en uittrekhulpmiddelen

De voorwaarden voor de elastische kousen zijn in termen van verloren gegane lichaamsfuncties omschreven. Door deze omschrijving kunnen aantrekhulpmiddelen, uittrekhulpmiddelen en hulpmiddelen die zowel voor het aan- als voor het uittrekken kunnen worden gebruikt (combinatiehulpmiddelen), worden verstrekt en vergoed.

In het reglement hulpmiddelen mag niet zijn opgenomen dat slechts sprake is van eenvoudige aantrekhulpmiddelen en/of uittrekhulpmiddelen.

De voorwaarde dat een aan-/uittrekhulp *altijd* dient ter vervanging van inzet van persoonlijke verzorging en dat dit moet blijken uit een CIZ-indicatie is niet helemaal juist. Als het CIZ zijn taak goed uitvoert, zal het geen indicatie afgeven voor persoonlijke verzorging, als deze alleen betrekking heeft op het aan- of uittrekken van elastische kousen. Immers de Zvw is een voorliggende voorziening en in dat geval is een aan-/uittrekhulp aangewezen (en geen AWBZ-zorg). Als het CIZ wél een indicatie heeft afgegeven, dan dient te worden nagegaan voor welke activiteiten de indicatie is afgegeven. Afhankelijk daarvan dient te worden bepaald of een aan-/uittrekhulp redelijkerwijs is aangewezen.

Een en ander is terug te vinden in de door het Zorginstituut/NZa uitgebrachte richtlijn over dit onderwerp.¹⁹

In de polis mag niet de bepaling zijn opgenomen dat een verzekerde die een CIZ-indicatie persoonlijke verzorging heeft om die reden geen aanspraak kan maken op een aan-/uittrekhulpmiddel. Het is mogelijk dat een verzekerde een dergelijke CIZ-indicatie heeft en daarnaast ook aanspraak kan maken op een eenvoudig aan-/uittrekhulpmiddel. Dit verschilt per individuele verzekerde.

Voor de vraag of *eenvoudige* aan-/uittrekhulpmiddelen kunnen worden verstrekt is het niet relevant of verzekerde bij het aan-/uittrekken hulp krijgt van zorgverleners.

4.8 Vergoedingen

4.8.1 Maximumvergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Het is niet voldoende om in de modelovereenkomst op te nemen dat 'op basis van offerte' wordt beschreven wat de hoogte van de vergoeding is. Het wekt op zich de verwachting dat de offerte geheel wordt vergoed. Er is een toevoeging nodig. Bijvoorbeeld: 'tot maximaal het bedrag voor zover dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten'.

¹⁹ zie www.zorginstituutnederland.nl onder Pakket.

Als een verzekerde een polis heeft afgesloten waarbij niet alle aanbieders zijn gecontracteerd en de verzekerde gebruik maakt van een niet-gecontracteerde aanbieder, is het de verzekeraar toegestaan niet het volledige bedrag te vergoeden (vgl. artikel 13, tweede lid Zvw). Gelet op de formulering van het eerste lid van artikel 13 Zvw mag deze vergoeding geen 0% of € 0,- zijn. In dit eerste lid staat immers "...heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten."

Dit artikel zegt niets over de hoogte van de vergoeding, maar wel dat er in ieder geval een vergoeding gegeven zal moeten worden.

4.8.2 Maximumbedragen infuuspompen

Bij uitwendige infuuspompen en voedingspompen worden maximumbedragen per dag vermeld. Moet hieruit worden afgeleid dat verzekerden die dan maar moeten huren? Ook bij slijmuitzuigapparatuur wordt een bedrag genoemd. Niet duidelijk is of dit alleen huur betreft of ook de kosten van toebehoren. Dat moet wel worden toegelicht.

4.8.3 BTW

Voor een aantal hulpmiddelen zijn de bedragen opgedeeld in uurtarieven inclusief of exclusief BTW. Marktconforme vergoeding kan zowel inclusief als exclusief BTW zijn. In de reglementen moeten sowieso de bedragen inclusief BTW worden aangegeven.

4.9 Privacy

Een aantal zorgverzekeraars heeft in zijn reglement hulpmiddelen aangegeven dat de indicatie voor hulpmiddelen namens de zorgverzekeraar door de leverancier kan worden beoordeeld aan de hand van een door de voorschrijvend arts in te vullen aanvraagformulier (artsenverklaring). Op het aanvraagformulier dient de arts dan onder andere de diagnose en het voorgeschreven middel te vermelden. Niet is aangegeven dat de verzekerde, bij bezwaar tegen het verstrekken van deze privacygevoelige informatie aan de leverancier, ervoor kan kiezen het aanvraagformulier rechtstreeks bij de zorgverzekeraar in te dienen. Dat betekent dan wel dat voordat het middel kan worden afgeleverd, de toestemming van de zorgverzekeraar moet worden afgewacht. Uit het oogpunt van een zorgvuldige voorlichting aan verzekerden en een zorgvuldige omgang met privacygevoelige informatie bevelen we aan in het reglement en op de artsverklaring uitdrukkelijk aan te geven dat de verzekerde er uit privacyoverwegingen voor kan kiezen de aanvraag bij de zorgverzekeraar in te dienen.

5. Farmaceutische zorg

De zorgverzekeraar moet op grond van artikel 2.8 Bz bepalen welke geneesmiddelen hij vergoedt. Hij kan daarbij het GVS volgen of zelf een preferentiebeleid ontwikkelen, waarbij hij de lijst met te vergoeden geneesmiddelen zodanig moet opstellen, dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is en daarnaast een 'hardheidsclausule' geldt (zie artikel 2.8 lid 3 en 4 Bz en de toelichting op het Bz). Welke keuze de zorgverzekeraar maakt, moet blijken uit de modelovereenkomst. Als de zorgverzekeraar besluit preferentiebeleid te voeren, moeten de aangewezen dan wel uitgesloten geneesmiddelen in de modelovereenkomsten en/of reglementen worden opgenomen.

5.1 Verhouding tussen Zvw en modelovereenkomst

5.1.1 Modelovereenkomst is de basis

Het is niet juist om te stellen dat de verzekerde recht heeft op vergoeding van kosten voor farmaceutische zorg conform het bepaalde in de Rv met inachtneming van hetgeen in de modelovereenkomst en reglement is bepaald. In de Zvw is bepaald dat een verzekerde zijn rechten ontleent aan de modelovereenkomst en niet direct aan wet, besluit en regeling. Een reglement is een uitwerking (en bevat dus aanvullende voorwaarden) van de modelovereenkomst en niet van de wet- en regelgeving.

Aanbeveling: 'De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten voor farmaceutische zorg zoals bepaald in de modelovereenkomst en reglement. Deze zorgverzekering is gebaseerd op de Zvw, het Bz en de Rv.

5.1.2 Reglement is laagste vorm

Het reglement is laagste vorm waarin zaken kunnen worden geregeld. Buiten de modelovereenkomst en het reglement kunnen geen andere voorwaarden worden geregeld.

5.1.3 Verwijzingen

Voor verzekerden moet duidelijk zijn dat er naast de voorwaarden uit het reglement ook indicatievoorwaarden zijn gesteld aan bepaalde geneesmiddelen. Dit moet in modelovereenkomst of reglement worden opgemerkt. Het verwijzen naar de Rv in modelovereenkomst of reglement (waar de inhoudelijke indicatievoorwaarden voor een aantal geneesmiddelen zijn opgenomen) is voldoende.

5.1.4 Terminologie natura/restitutie

Zorgverzekeraars hanteren vaak meerdere modelovereenkomsten. In de ene modelovereenkomst is farmaceutische zorg geregeld als restitutie en in de andere modelovereenkomst als natura. Als het reglement farmaceutische zorg geldt voor beide modelovereenkomsten moet de zorgverzekeraar er op letten dat de terminologie van restitutie en natura niet door elkaar wordt gebruikt.

In de modelovereenkomst moeten de natura- en de restitutievariant kenbaar en volledig zijn omschreven. Aangezien het reglement voor beide modelovereenkomsten geldt, moet dit duidelijk worden gemaakt in het reglement.

5.2 Omschrijvingen door invoering Geneesmiddelenwet

5.2.1 Begripsomschrijving apotheker

De begripsomschrijving van een apotheek als een apotheek die is geregistreerd in het kader van de Wet BIG is niet juist. In de eerste plaats omdat het niet de apotheek is die de geneesmiddelen ter hand stelt, maar de apotheker. Ook de omschrijving van een apotheker als degene die als apotheker een BIG-registratie heeft is niet juist. Immers alle apothekers zijn BIG-geregistreerd, ook degenen die niet beroepsmatig geneesmiddelen ter hand stellen. Conform de begripsomschrijving zouden ook zij geneesmiddelen ter hand kunnen stellen.

Advies is daarom om de apotheker in de begripsbepalingen op te nemen, omdat deze veel wordt gebruikt in het Reglement en deze te omschrijven in overeenstemming met de Geneesmiddelenwet. Zie artikel 1.1 lid i van de Regeling Geneesmiddelenwet. Er zijn overigens wel andere omschrijvingen denkbaar die ook goed zijn.

Als de apotheekhoudende huisarts ook in het Reglement wordt genoemd, is het advies om deze ook in de begripsbepalingen op te nemen onder verwijzing naar artikel 1.1 lid j van de Regeling Geneesmiddelenwet.

5.2.2 Verouderde begrippen

Verwijzing naar de WOG kan niet meer, nu deze is vervangen door de Geneesmiddelenwet. De zorgverzekeraar mag de term 'afleveren' uit de WOG niet meer gebruiken. Het is aan te bevelen deze te vervangen door de wettelijke term 'ter hand stellen', maar 'leveren' is bijvoorbeeld ook goed.

5.3 Wijzigingen in het reglement farmaceutische zorg

Zorgverzekeraars brengen in de reglementen farmaceutische zorg in de loop van het jaar diverse soorten wijzigingen aan. Te denken valt aan:

- Wijzigingen in het preferentiebeleid, zowel betreffende een stofnaam waarvoor al eerder preferentiebeleid is gevoerd als voor het aanwijzen van preferente geneesmiddelen betreffende nieuwe stofnamen
- Wijzigingen van door de zorgverzekeraar gestelde voorwaarden aan de verstrekking/vergoeding van geneesmiddelen
- Overige wijzigingen, bijvoorbeeld over de afleverhoeveelheid per recept.

Gewijzigde bijlagen met aangewezen geneesmiddelen behorend bij het farmaceutisch reglement van de zorgverzekeraar hoeven niet ter beoordeling aan de NZa te worden voorgelegd als het alleen gaat om een wijziging van generiek middel voor dezelfde werkzame stof binnen bestaand preferentiebeleid (dus alleen om verandering van merk). Ook een uitbreiding van het aantal stofnamen, waarvoor preferentiebeleid

wordt gevoerd, hoeft niet vooraf te worden voorgelegd. Wanneer het preferentiebeleid op een andere wijze wordt uitgebreid, moet deze wijziging wel vooraf ter beoordeling aan de NZa worden voorgelegd. Dit geldt ook als de aanspraak door een andere wijziging in de voorwaarden wordt beperkt.

Hierbij gelden wel de volgende voorwaarden:

- De zorgverzekeraar heeft reeds in de modelovereenkomst een bepaling opgenomen over het uitvoeren van het preferentiebeleid. Wanneer dit niet het geval is, geldt het eerder ingenomen standpunt (wel voorleggen).
- De zorgverzekeraar informeert de verzekerden schriftelijk juist, volledig, begrijpelijk en tijdig over de wijziging.
- De NZa behoudt zich het recht voor, uit hoofde van haar wettelijke taken, te eisen dat de gewijzigde bijlagen alsnog ter beoordeling worden overlegd wanneer zij ziet dat zorgverzekeraars niet op zorgvuldige wijze hiermee omgaan.

In het algemeen geldt dat tussentijdse wijzigingen in het reglement die niet meteen worden beoordeeld, zijn tot het moment van de jaarlijkse beoordeling door NZa/Zorginstituut voor eigen risico van de zorgverzekeraar.

5.4 Kenbaarheid

5.4.1 Kenbaarheid van wijzigingen

Wijzigingen in het reglement farmaceutische zorg - zowel de tussentijdse, als de jaarlijkse wijzigingen - moeten schriftelijk kenbaar worden gemaakt aan verzekerden. Dit geldt voor wijzigingen van door de zorgverzekeraar gestelde voorwaarden aan de vergoeding van geneesmiddelen, voor wijzigingen in het preferentiebeleid als het gaat om een stofnaam waarvoor nog niet eerder preferentiebeleid werd gevoerd en voor overige wijzigingen van het reglement.

De zorgverzekeraar moet verzekerden actief op de hoogte te stellen van de wijzigingen. Dit kan in de vorm van een persoonlijke brief, maar ook via een nieuwsbrief of een magazine dat alle verzekerden bereikt. Daarnaast moeten de wijzigingen ook telefonisch opvraagbaar zijn.

Het louter en alleen opvraagbaar laten zijn van de meest recente versie via een telefoonnummer en eventueel daarnaast het publiceren van de wijzigingen op internet, dus zonder actieve attentering, is niet voldoende.

5.4.2 Voorkeursovereenkomsten

Als een zorgverzekeraar besluit voorkeursovereenkomsten te sluiten met apothekers (zie hierover 5.4), dan moet in de modelovereenkomst of het reglement farmaceutische zorg worden vermeld dat de lijst met de zogenaamde voorkeursapotheken opvraagbaar is.

5.4.3 Uitsluiten van kliniekverpakkingen

Uitsluiten van kliniekverpakkingen an sich kan niet omdat dan onvoldoende kenbaar is voor de verzekerde op welke geneesmiddelen hij aanspraak heeft. Een verzekeraar kan door middel van het preferentiebeleid wel bepaalde geneesmiddelen uitsluiten van vergoeding, namelijk door ze niet (als preferent geneesmiddel) aan te

wijzen. Bij deze aanwijzing moet –in verband met de kenbaarheid- de zogenaamde artikelomschrijving worden vermeld.

5.5 Preferentiebeleid

5.5.1 Uitwerking preferentiebeleid

Voor de verzekerde moet duidelijk zijn op welke geneesmiddelen hij aanspraak heeft (in afwijking van het GVS). Als er preferentiebeleid wordt gevoerd, moet de zorgverzekeraar de middelen in het reglement aanwijzen. De aanwijzing is een bepaling die de omvang van de verzekerde prestatie weergeeft. Het is een essentiële bepaling, die een kernelement van de overeenkomst bevat. De bepaling moet in het reglement worden opgenomen.

Ter bevordering van de kenbaarheid kan beter eerst het preferentiebeleid genoemd worden en daarna de hardheidsclausule.

Soms kan er bij een uitsluiting van geneesmiddelen in feite (onbedoeld) sprake zijn van preferentiebeleid.

Voorbeeld: bij ter handstelling van geneesmiddelen door niet-gecontracteerde apothekers zijn de specialités van de aanspraak uitgesloten als er van het specialité ook generieke geneesmiddelen in de handel zijn. Zo'n uitsluiting van specialités kan alleen maar op basis van het preferentiebeleid. Het is niet in overeenstemming met de wettelijke bepalingen.

5.5.2 Negatieve lijst

In plaats van het aanwijzen van geneesmiddelen voor het preferentiebeleid is het ook mogelijk om per stofnaam, sterkte en presentatievorm aan te geven welke geneesmiddelen zijn uitgesloten van het preferentiebeleid. Een dergelijke lijst is in het algemeen korter dan een lijst met de aangewezen geneesmiddelen van het preferentiebeleid.

5.5.3 Voorlopig geen preferentiebeleid

Als bedoeld is (voorlopig) geen preferentiebeleid te voeren, dan is de uitwerking van een preferentiebeleid niet van toepassing. Bepalingen hierover moeten voor de kenbaarheid en om verwarring te voorkomen worden weggelaten. Als een zorgverzekeraar op enig moment besluit een selectie van de door de minister aangewezen geneesmiddelen aan te wijzen (preferentiebeleid), dan kan het op dat moment worden uitgewerkt. Dit alles moet schriftelijk kenbaar worden gemaakt aan verzekerde en moeten worden voorgelegd aan NZa/Zorginstituut.

5.5.4 Bandbreedte

De bepaling dat alle geneesmiddelen binnen een productcategorie worden vergoed tot maximaal de prijs van het als preferent aangewezen geneesmiddel, voldoet niet aan het kenbaarheidsvereiste. De verzekerde moet een lijst met duidelijk omschreven geneesmiddelen kunnen raadplegen.

5.5.5 Staatscourant is onvoldoende kenbaar

De verwijzing van een zorgverzekeraar in zijn reglement naar de Staatscourant als bron waar de verzekerde de aangewezen geneesmiddelen kan raadplegen is onvoldoende kenbaar. De lijst met

preferente middelen is onderdeel van het reglement en moet in het reglement (of als bijlage bij het reglement) zijn opgenomen.

5.5.6 Artikelcode

Bij de genoemde geneesmiddelen is de artikelcode vermeld. Deze is onvoldoende kenbaar. Het gebruik van een artikelcode levert problemen op bij het betrekken van de farmaceutische zorg in het buitenland. Het levert ook problemen op als van een uitgesloten of aangewezen product een verpakking met een nieuwe artikelcode in de handel wordt gebracht. Het advies is om de artikelcode weg te laten

5.5.7 Artikelomschrijving

In veel gevallen worden incomplete omschrijvingen van de aangewezen geneesmiddelen gebruikt. De namen van de aangewezen geneesmiddelen moeten echter volledig worden vermeld. Ook de sterkte en toedieningsvorm moeten worden vermeld. Het advies is om de zogenaamde artikelomschrijving van de aangewezen geneesmiddelen te gebruiken. Deze bevat alle noodzakelijke gegevens.

5.5.8 Fabrikant wijzigen in firma

Bij de omschrijving van de aangewezen geneesmiddelen is het gebruik van de term fabrikant niet altijd correct. Bij parallel geïmporteerde geneesmiddelen is het genoemde bedrijf niet de fabrikant, maar de registratiehouder. Het voorstel is om fabrikant te wijzigen in firma.

5.5.9 Het sluiten van voorkeursovereenkomsten

Een zorgverzekeraar neemt in de modelovereenkomst (ongeacht of het restitutie of natura bij de farmaceutische zorg betreft) op dat hij een preferentiebeleid voert. Maar voor de verzekerde die zich wendt tot de apotheker met wie de zorgverzekeraar een zogenaamde voorkeursovereenkomst heeft gesloten, geldt het preferentiebeleid van de zorgverzekeraar niet, maar bestaat aanspraak op de aangewezen geneesmiddelen op grond van de Rv. Is dit toegestaan?

De keus voor een preferentiebeleid voor geneesmiddelen is gebaseerd op doelmatigheidsoverwegingen van de zorgverzekeraar. Het is aan de zorgverzekeraar zelf om hierin zijn beleid te bepalen. De zorgverzekeraar kan hierbij een afwijkend beleid voeren, als met de apotheker een voorkeursovereenkomst is afgesloten.

5.5.10 Dieetpreparaten

Het op voorhand door een zorgverzekeraar aanwijzen van bepaalde dieetpreparaten (een soort voorkeurslijst) beperkt de aanspraak van verzekerden op dieetpreparaten. Het is de zorgverzekeraar op grond van de Zvw wel toegestaan geneesmiddelen aan te wijzen uit het geneesmiddelenpakket dat de minister heeft aangewezen. Het is de zorgverzekeraar niet toegestaan slechts bepaalde dieetpreparaten te vergoeden. De zorgverzekeraar kan in het individuele geval de doelmatigheid toetsen op grond van artikel 2.1 lid 3 Bz. Op grond van dit artikel heeft de verzekerde slechts recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

5.6 Doelmatigheid

5.6.1 Farmaceutische zorg overbodig

Een zorgverzekeraar mag de volgende uitsluiting niet in de modelovereenkomst opnemen: 'verzekerde heeft geen aanspraak op vergoeding van farmaceutische zorg als de farmaceutische zorg redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar dan wel ondoelmatig is.'

Onnodig kostbaar en ondoelmatig zijn voorwaarden conform het wettelijk kader (artikel 2.1 Bz). Redelijkerwijs overbodig is een toegangsvoorwaarde die te beperkend is. Dit gaat namelijk verder dan een doelmatigheidstoetsing. Het is niet ter bepaling van zorgverzekeraar of een geneesmiddel terecht (en dus niet overbodig) is voorgeschreven. De zorgverzekeraar mag wel controleren of het voorschrift voldoet aan de indicatievoorwaarden van bijlage 2 van de Rvz en de nadere voorwaarden gesteld in zijn modelovereenkomst en reglement. Verder kan een zorgverzekeraar afleverhoeveelheden bepalen en opnemen. De verzekerde moet redelijkerwijs naar inhoud en omvang op de farmaceutische zorg zijn aangewezen.

Het voorstel is om in plaats van de formulering dat de farmaceutische zorg niet redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar dan wel ondoelmatig mag zijn, aan te sluiten bij de formulering van artikel 2, lid 6 van de modelovereenkomst (artikel 2.1, derde lid Bz: Onverminderd wat is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 Bz, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen).

De voorwaarde dat de verzekerde aanspraak heeft op het meest doelmatige dieetpreparaat en de meest doelmatige hoeveelheid af te leveren daar waar gelijkwaardige alternatieven aanwezig zijn, tenzij anders is bepaald in het polisartikel, is wel goed.

Maar de toevoeging: 'Geen onnodig dure dieetpreparaten worden afgeleverd daar waar gelijkwaardige alternatieven aanwezig zijn', is niet juist. De apotheker is in casu immers gemachtigd om namens de zorgverzekeraar toestemming te geven. Als de apotheker niet volgens de contractsafspraken handelt en een onnodig duur dieetpreparaat aflevert dan kan dat niet worden 'teruggehaald' bij de verzekerde: er is namelijk al toestemming gegeven. Dit wordt met de bepaling wel gesuggereerd.

5.6.2 Onnodige verstrekking

'Onnodige verstrekking' is een toegangsvoorwaarde die te beperkend is. Dit gaat verder dan een doelmatigheidstoetsing. Het is niet ter bepaling van zorgverzekeraar of een geneesmiddel terecht (en dus niet onnodig/overbodig) door een arts is voorgeschreven. De zorgverzekeraar moet controleren of het voorschrift voldoet aan de indicatievoorwaarden van bijlage 2 van de Rv en de andere voorwaarden gesteld in zijn modelovereenkomst en reglement.

5.6.3 Niet afhalen recept

Bij een restitutiepolis zonder contracten kan geen bepaling zijn opgenomen dat bij de apotheek ingeleverde recepten die niet worden opgehaald voor rekening van de verzekerde zijn. De verzekerde pleegt wanprestatie tegenover de apotheker. De apotheker heeft dan een vordering tegenover de verzekerde als hij hierdoor schade lijdt.

5.7 Toegangs- en indicatievoorwaarden

5.7.1 Toestemmingsvereisten

Duidelijk moet zijn voor welke geneesmiddelen een toestemmingsvereiste geldt. De lijst met middelen waarvoor toestemming moet worden gevraagd, is onderdeel van het reglement. Een verwijzing voor een overzicht van deze middelen naar internet is niet kenbaar genoeg. Ook een verwijzing voor een overzicht van deze middelen naar de Rv is niet kenbaar genoeg.

5.7.2 Volledigheid van criteria

Duidelijk moet zijn wat de door de zorgverzekeraar opgestelde criteria zijn, aan de hand waarvan de aanvraag wordt beoordeeld. Dit kunnen slechts formele voorwaarden (toegangsvoorwaarden) zijn, zoals bijvoorbeeld wie het geneesmiddel moet voorschrijven (voorschrijfvereisten).

Naast de door de zorgverzekeraar 'opgestelde criteria' moet er op worden gewezen, ter voorkoming van misverstanden, dat voor geneesmiddelen die zijn opgenomen op bijlage 2 van de Rv de minister indicatievoorwaarden heeft gesteld. Ter voldoening aan het kenbaarheidsvereiste moet er daarom (ook) in het Reglement op worden gewezen, dat tevens moet worden voldaan aan deze nadere voorwaarden opgenomen in bijlage 2 van de Rv. Zo wordt ook voorkomen dat bij verzekerde de indruk wordt gewekt, dat alleen aan de voorwaarden/criteria opgesteld door de zorgverzekeraar hoeft te worden voldaan.

Voor de uniformiteit is het aan te raden om bij alle genoemde middelen òf uitsluitend de aanvullende voorwaarden op te nemen, òf alle voorwaarden (indicatie-, toestemmings-, en voorschriftvereisten). Voor de kenbaarheid kan nog in het begin van het artikel er op worden gewezen dat een verzekerde moet voldoen aan de indicatievoorwaarden gesteld door de minister in bijlage 2 van de Rv en daarnaast moet voldoen aan de door de zorgverzekeraar gestelde nadere toegangsvoorwaarden.

5.7.3 Geen toestemmingsvereiste: controle achteraf door zorgverzekeraar

'Voor dit geneesmiddel is toestemming vooraf niet vereist. Wanneer echter bij een controle achteraf blijkt dat u niet aan de voorwaarden voldoet, dient u het geneesmiddel alsnog zelf te betalen.'
De voorwaarden bestaan dikwijls uit een aantal indicaties (al dan niet cumulatief). Het betreft restitutie of restitutie met gecontracteerde zorg. Kan deze 'uitsluiting van vergoeding'?

Oordeel: deze bepaling mag. De voorwaarden staan duidelijk vermeld. De verzekerde en zijn arts kunnen zelf zien of verzekerde daar aan voldoet.

5.7.4 Bepaalde voorschrijver

De voorwaarde dat de voorschrijver een 'medisch specialist is al dan niet verbonden aan een academisch ziekenhuis met aantoonbare specifieke deskundigheid op het gebied van de behandeling van genoemde indicaties', is juist als deze eis overeenkomt met de richtlijnen van de

beroepsgroepen. Omdat de betreffende geneesmiddelen niet elders worden voorgeschreven is dit niet beperkend. Een dergelijke voorwaarde is zowel in naturapolissen als in pure restitutiepolicen toegestaan.

5.7.5 Termijn

Soms hanteert een zorgverzekeraar bij het preferentiebeleid een termijn van 15 dagen waarbinnen de verzekerde een toestemmingsaanvraag voor de vergoeding van een niet-aangewezen geneesmiddel moet hebben ingediend. Een dergelijke termijn van 15 dagen betekent dat de toestemming door de zorgverzekeraar niet op dag 15 kan zijn verleend als een aanvraag relatief laat bij de zorgverzekeraar wordt ingediend. Dit zal er toe leiden dat een verzekerde het middel niet ononderbroken kan blijven gebruiken. Dit is ongewenst. Een suggestie is om de termijn waarbinnen de aanvraag om toestemming gedaan moet worden te beperken tot bijvoorbeeld acht dagen of een opmerking te maken over het gevolg van het laat alsen van een verzoek. Stel dat de zorgverzekeraar geen toestemming geeft omdat het naar zijn idee medisch wel verantwoord is om het preferente middel te gebruiken²⁰, dan wordt het middel vanaf dag 16 niet meer vergoed. Als dit het geval is, zal dit voor de verzekerde duidelijk moeten zijn.

5.7.6 Advies CFH

'De kosten hiervan komen voor vergoeding in aanmerking, als de Commissie Farmaceutische Hulp van het Zorginstituut positief heeft geadviseerd'. Hier wordt een positief advies van de CFH als een voorwaarde aan de vergoeding gesteld. Dit is geen voorwaarde die bij of krachtens de Zvw aan vergoeding van geneesmiddelen is gesteld. Het kan daarom niet als voorwaarde zijn geformuleerd en kan niet de aanspraak op vergoeding beperken. De zorgverzekeraar neemt de beslissing en niet de CFH. Bovendien adviseert de CFH alleen als de zorgverzekeraar daar om vraagt, en alleen met betrekking tot één specifieke indicatie. De zorgverzekeraar moet beslissen of het geneesmiddel bij de indicatie van verzekerde kan worden vergoed en kan daarover desgewenst advies vragen aan de CFH, dit is iets tussen de zorgverzekeraar en de CFH. Nu het geen voorwaarde betreft en het de verzekerde niet regardeert is het geen onderdeel van het reglement.

5.7.7 Nadere voorwaarden alleen procedureel

In de polisbepalingen mogen bepalingen ten aanzien van de prescriptie worden opgenomen, ook al is de wettelijke prescriptieregeling met de invoering van de Zvw afgeschaft.

De voorwaarden voor de verstrekking/vergoeding van dieetpreparaten mogen alleen zien op procedurele zaken (waar moeten dieetpreparaten worden gehaald, machtigingsduur etc.).

5.8 Het beoordelen van aanvragen voor vergoeding

5.8.1 Door de apotheker

Als de zorgverzekeraar de apotheker heeft gemachtigd om de aanvraag voor de vergoeding van een geneesmiddel te beoordelen, dan moet deze

²⁰ Er wordt vanuit gegaan dat de mogelijkheid bestaat om geen toestemming te geven omdat als de vermelding van de voorschrijver altijd wordt gevolgd een toestemmingsprocedure niet zinvol is.

constructie in de polis of het reglement zijn basis vinden. De beoordeling door de apotheker namens de zorgverzekeraar moet in overeenstemming zijn met de eisen die volgen uit artikel 23 Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Hieruit blijkt dat een verzekerde uitdrukkelijke toestemming moet geven. Deze uitdrukkelijke toestemming blijkt uit woord, schrift of gedrag. De bewijslast van het geven van de uitdrukkelijk en in vrijheid gegeven toestemming ligt bij de zorgverzekeraar.

De constructie dat een arts het aanvraagformulier invult en de verzekerde het formulier meeneemt en deze rechtstreeks inlevert bij de apotheker, is op zich geoorloofd, maar waarborgt op zich niet dat de verzekerde zijn toestemming op basis van keuzevrijheid geeft.

In het reglement farmaceutische zorg kan om deze keuzevrijheid te waarborgen de volgende passage worden opgenomen:

U kunt dit door uw arts ingevulde formulier tegelijk met het recept bij de apotheek inleveren; dit bevordert een snelle afhandeling van de aanvraag. Als u uit privacyoverwegingen dit formulier niet in de apotheek wil aanbieden, kunt u dit formulier ook rechtstreeks naar de zorgverzekeraar (laten) sturen.

5.9 Specifieke farmaceutische zorg

5.9.1 Lijst van middelen

'De door de minister in het kader van het GVS aangewezen geneesmiddelen verschijnen maandelijks op een lijst'. Deze geneesmiddelen verschijnen niet op een lijst. Als er nieuwe geneesmiddelen worden opgenomen op bijlage 1 en/of bijlage 2 Rv, wordt er een besluit genomen waarin dit wordt vastgesteld. Deze wijzigingen van de Rv worden (maandelijks) in de Staatscourant gepubliceerd. Het is onmogelijk een lijst te maken dan wel bij te houden van alle middelen uit het GVS. Het is daarom beter niet te spreken van een maandelijks lijst.

5.9.2 Apotheekbereidingen (magistrale bereidingen)

De aanspraak op vergoeding van apotheekbereidingen is beperkt. Op de eerste plaats zijn de apotheekbereidingen die nagenoeg gelijk zijn aan enig niet door *de minister* aangewezen geregistreerd geneesmiddel uitgesloten van de aanspraak. Apotheekbereidingen die veel lijken op een geregistreerd geneesmiddel dat *de zorgverzekeraar* niet aangewezen heeft, mogen overigens niet uitgesloten worden van vergoeding. Dit berust op een verkeerde interpretatie van artikel 2.8, tweede lid, onder d Bz.

Daarnaast bestaat op vergoeding van apotheekbereidingen alleen aanspraak als die bereidingen zijn aan te merken als rationele farmacotherapie.

In de bijlage/reglement ontbreken de indicaties, waarbij de apotheekbereidingen (magistrale bereidingen) niet rationeel zijn (toetsingspunt 2 bij farmaceutische zorg). De vraag of een apotheekbereiding rationeel is hangt af van de indicatie in verband waarmee het wordt gebruikt. Het is een individuele toets die zonder vermelding van de bijbehorende indicatie niets zegt.

Een lijst met niet-rationele magistrale bereidingen staat in het Farmacotherapeutisch Kompas. Dit is geen limitatieve opsomming en is evenmin de meest actuele stand van zaken. Het is dus mogelijk dat verzekerde een magistrale bereiding aanvraagt die niet op deze lijst staat, maar die ook niet-rationeel is.

5.9.3 Orphan drugs

In het Bz wordt de term 'orphan drugs' niet gebruikt. Geadviseerd wordt om de formulering in overeenstemming te brengen met het Bz.

5.9.4 Dieetpreparaten

Er wordt vermeld dat de kosten van het dieetpreparaat tijdens de proefperiode (4-6 weken) niet worden vergoed. Dit blijkt niet zonder meer uit hetgeen bij of krachtens de Zvw is bepaald. Beter is om op te merken dat zolang de diagnose ernstige voedselallergie (koemelkallergie) nog niet is gesteld volgens de betreffende standaard (provocatie-test) het dieetpreparaat niet ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed.

6. Bijlage soorten modelovereenkomsten

