



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Farmaceutische zorg, Bedrocan® (medicinale cannabis)

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlage 1 en
2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018

Zaaknummer : 201801917

Zittingsdatum : 3 juli 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 30 januari 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden het middel Bedrocan® (medicinale cannabis) geheel of gedeeltelijk te vergoeden (hierna: het verzoek).
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 mei 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 mei 2019 aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 27 mei 2019 op de brief van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift hiervan is op 28 mei 2019 ter kennisname aan de wederpartij gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 14 juni 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019028828) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht en geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. Een afschrift is op 14 juni 2019 aan partijen gestuurd. Verzoeker heeft bij brief van 19 juni 2019 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift hiervan is op 20 juni 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 juli 2019 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en de brief van verzoeker van 19 juni 2019 zijn op 12 juli 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 22 juli 2019 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een afschrift hiervan is op 23 juli 2019 ter kennisname aan partijen gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend* (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering 1) en Aanvullend Tand** (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering 2).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 oktober 2018 aan verzoeker medegedeeld dat hij het middel Bedrocan® niet vergoedt op basis van de zorgverzekering.

- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 16 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. De behandelend neuroloog heeft bij brief van 25 september 2018 over verzoeker verklaard: "(...) *Geachte heer, mevrouw, De heer [naam verzoeker], geboren 17-10-1977, staat sinds 19-12-2008 bij mij onder behandeling in verband met een ernstige vorm van het syndroom van Gilles de la Tourette. Hij is Duitser van geboorte en in zijn kindertijd is hij behandeld door Duitse artsen. Er is sprake van wisselende, betreffende ernst en lokalisatie, motorische tics, met name in het gelaat maar ook in de nek- en schouderspieren. De diagnose werd op 12-jarige leeftijd in Duitsland gesteld. Hij heeft in het verleden vrijwel alle bekende middelen die gebruikt worden bij de behandeling van het Gilles de la Tourette-syndroom gebruikt, waaronder Haldol, Nitoman (tetraabenazin), Catapresan, Dogmatil, Akineton, Orap en Tiapride. Al deze middelen hadden geen of onvoldoende effect op zijn tics, of er was sprake van veel bijwerkingen. Bovendien is van neuroleptica bekend dat het weliswaar het optreden van de tics kan doen verminderen, doch dat patiënten dan een zeer hinderlijke drang hebben om de tics er toch uit te laten komen terwijl dit niet kan plaatsvinden. Dit ervaren patiënten vaak als zeer belastend. Sinds 20 jaar gebruikt hij Cannabis en tot op heden heb ik kunnen vaststellen dat hij de 10 jaar dat hij bij mij onder controle staat veel baat heeft gehad bij dit middel. Het brengt hem rust en ook de tics zijn minder heftig en frequent. Inmiddels is de dosering van de medicinale Cannabis (Cannabisbloem Bedrocan) 4 maal per dag 0,5 gram en heeft hij geld moeten lenen om weliswaar in een veel lagere dosering de klachten enigszins te beperken. Ik zag hem op 18-01-2017 op mijn spreekuur en zag tot mijn ontsteltenis dat er sprake was van zeer heftige, invaliderende en pijnlijke tics, waarbij hij grimasseert met zijn gelaat, zijn mond wijd openspert en er abrupte, pijnlijke bewegingen zijn in zijn nek en schouders. Ik meen dat op grond van bovenstaande, de duur en heftigheid van zijn klachten, het feit dat er in het verleden vele middelen zijn geprobeerd en het aantoonbare effect van de medicinale Cannabis op zijn zeer ernstige motore tics en daarmee zijn functioneren, er dringende medische redenen zijn om bij hem de medicinale Cannabis te blijven vergoeden. (...)*"
- 3.5. De huisarts heeft bij brief van 11 oktober 2018 over verzoeker verklaard: "(...) *Vraagstelling: Dhr [naam verzoeker] gebruikt sinds 20 jaar medicinale cannabis ivm zijn gilles de la tourette syndroom. Sinds dit jaar wordt dit medicijn niet meer vergoed door de zorgverzekeraar. Met als gevolg een forse toename van zijn tics en hypertonie van de spieren. Hierdoor is dhr [naam verzoeker] niet meer in staat zijn dagelijkse bezigheden uit te voeren. We hebben vele andere middelen geprobeerd om de tics te doen verminderen. Echter zonder resultaat. Ik wil toch nog eens benadrukken wat de noodzaak van het gebruik van medicinale cannabis is. Dhr [naam verzoeker] gebruikt 4 dd 0,5 gram Bedrocan. Dit kost hem ongeveer 100 euro per week. Dit bedrag kan dhr zelf niet bekostigen, waardoor hij i[n] de schulden terecht komt. (...)*"
- 3.6. De afdeling Publieksvoorlichting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (verder: het Ministerie van VWS) heeft bij e-mailbericht van 10 juli 2018 aan verzoeker meegedeeld: "*Geachte heer [naam verzoeker], (...) De studies die tot nog toe gedaan zijn leveren volgens het Zorginstituut momenteel onvoldoende bewijs voor de werkzaamheid van medicinale cannabis. Het Zorginstituut (...) acht het niet zinvol individuele indicaties te beoordelen. Volgens het Zorginstituut is de kans dat zij voldoen aan de gebruikelijke maatstaven om tot een oordeel te komen bijzonder klein. Sinds eind 2016 is er een placebo van medicinale cannabis beschikbaar waarmee momenteel studies worden gedaan in Nederland en Australië. De resultaten van de studie in Nederland bij het LUMC worden na de zomer verwacht. Ook al is er medicinale cannabis van farmaceutische en constante kwaliteit beschikbaar, er zijn nog geen gecontroleerde studies met het placebo afgerond die de werkzaamheid van medicinale cannabis bewijzen. Op grond van patiënten ervaringen neemt het Zorginstituut helaas geen standpunt in. Ik vind het heel erg vervelend dat bepaalde patiënten groepen medicinale cannabis niet meer vergoed krijgen. De zorgverzekeraars hebben dit besluit zelf genomen. Dit is aan de zorgverzekeraars om te beslissen. De minister van VWS heeft daar geen invloed op. (...)*"

3.7. Bij brief van 14 juni 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

“De effectiviteit en werkzaamheid van medicinale cannabis voor de indicatie Gilles de la Tourette is niet specifiek onderzocht in dit standpunt. Daarom wordt hieronder beoordeeld of er in het geval van verzoeker sprake is van rationele farmacotherapie.

Beoordeling individueel geval

De medische informatie in het dossier is summier. De beschikbare informatie in het dossier geeft onvoldoende duidelijkheid over het verloop van de klachten van verzoeker en er ontbreekt een gedetailleerd medicatieoverzicht. Het is ook niet duidelijk hoe verzoeker de medicinale cannabis tot zich neemt. Uit het dossier kan wel worden afgeleid dat de huisarts van verzoeker en behandelend neuroloog de positieve effecten van het gebruik van medicinale cannabis in de situatie van verzoeker hebben bevestigd.

Verzoeker gebruikt Bedrocan® met als indicatie Gilles de la Tourette syndroom. Bedrocan® heeft een hoog gehalte (circa 22%) dornabinol (THC) en bijna geen CBD(<1%).⁵ Verzoeker stelt dat zijn Tourette syndroom zal verslechteren indien hij geen Bedrocan® gebruikt met als gevolg toenemende fysieke klachten: een achteruitgang van zijn menswaardig bestaan in betrekking tot zijn gezondheid. Huisarts stelt dat sinds Bedrocan® niet meer vergoed wordt de tics en hypertonie van de spieren fors zijn toegenomen, waardoor verzoeker niet meer in staat is zijn dagelijkse bezigheden uit te voeren. Er zijn veel andere middelen geprobeerd om de tics te doen verminderen, dit was zonder resultaat.

Voor de onderbouwing van het inzetten van medicinale cannabis bij de indicatie Gilles de la Tourette syndroom verwijst de verzoeker naar een website van het Internationale Associatie voor Cannabinoïden als Medicijn (IACM), in het overzicht worden 10 publicaties vermeld naar de effectiviteit van cannabis of dronabinol (THC) bij Tourette Syndroom, tics.⁶ Twee gecontroleerde studies, een ongecontroleerde studie en zeven case-studies. Voor het vaststellen van de werkzaamheid is placebo-gecontroleerd onderzoek noodzakelijk. Dit geldt ook voor een niet-geregistreerd geneesmiddel, zoals een apotheekbereiding met cannabis. Niet-gecontroleerd onderzoek, casereports, observationeel onderzoek en dwarsdoorsnede onderzoek met behulp van vragenlijsten worden niet besproken.

In een gerandomiseerd dubbelblind en placebo gecontroleerde onderzoek (MüllerVahl et al. 2002) werd de werkzaamheid van THC (tot 10mg) op de symptomen van Gilles de la Tourette syndroom van 12 volwassen patiënten onderzocht en vergeleken in een cross-over verband.⁷ De resultaten toonden dat het effect van een enkele dosis THC een verbetering gaf op symptomen van Gilles de la Tourette. De conclusie van deze studie was dat een enkele dosis THC misschien effectief en veilig is. De studieopzet was echter niet optimaal en het patiënten aantal te laag waardoor deze resultaten alleen als aanleiding tot vervolgonderzoek moeten worden gezien.

In een andere gerandomiseerd dubbelblind, placebo gecontroleerde 6 weken durend onderzoek (Müller-Vahl et al. 2003) werd de werkzaamheid van THC (tot 10 mg/dag) op de symptomen (tics) van Gilles de la Tourette op verschillende schalen gemeten bij 24 patiënten.⁸ Zeven patiënten stopten vroegtijdig met de studie. Met de vragenlijst die door de patiënten zelf werd ingevuld werd op tien behandeldagen een significant verschil tussen de placebogroep en de THC-groep gevonden. De conclusie van deze studie was dat de resultaten meer bewijs geleverd hebben voor de mogelijke effectiviteit en veiligheid van THC in de behandeling van tics.

De effectiviteit wordt dus niet zonder meer aangetoond door deze publicaties en over de opzet van de onderzoeken, met zeer lage patiënten aantallen, kunnen de nodige kanttekeningen worden geplaatst. Daarnaast zijn de wijze van toediening en het product in de studies (gelatine capsules met delta-9-THC) vs. Bedrocan® (thee/verdampen van cannabis flos) niet identiek en is de follow-up van de studies te kort om iets over de effectiviteit en veiligheid op de lange termijn te kunnen zeggen. Er bestaan onvoldoende bewijzen dat het drinken van thee of het verdampen van cannabis flos (Bedrocan®) een positief effect heeft op het verminderen van tics bij patiënten met het Gilles de la Tourette Syndroom.

Op de website van het BMC wordt vermeld dat er momenteel voldoende gegevens beschikbaar zijn die aantonen dat medicinale cannabis werkzaam kan zijn bij verschillende aandoeningen waaronder tics bij het syndroom van Gilles de la Tourette.⁹ Dit blijkt echter niet uit wetenschappelijke literatuur.

Conclusie

Medicinale cannabis toegepast bij het syndroom van Gilles de la Tourette komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering omdat er geen sprake is van rationale farmacotherapie, de werkzaamheid en effectiviteit zijn niet aangetoond op basis van wetenschappelijke literatuur. Verweerder heeft de aanvraag derhalve terecht afgewezen. (...)"

3.8. Bij brief van 22 juli 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"(...)"

Het Zorginstituut heeft in het voorlopig advies opgemerkt dat de informatie in het dossier summier is. Er was echter geen extra informatie nodig om te kunnen beoordelen of Bedrocan® voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering. De werkzaamheid en effectiviteit van Bedrocan® (toegepast bij het syndroom van Gilles de la Tourette) zijn namelijk niet aangetoond op basis van wetenschappelijke literatuur.

"(...)"

4. Bevoegdheid van de commissie

4.1. Gelet op artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en het bepaalde op pagina 46 van de 'Algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering 1 en 2, is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

5. Geschil

5.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden het middel Bedrocan® geheel dan wel gedeeltelijk te vergoeden.

6. Beoordeling

6.1. Artikel 5 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneesmiddelen en dieetpreparaten bestaat. Artikel 10 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) ziet op de te verzekeren risico's en artikel 11 op de te verzekeren prestaties. De aanspraak op farmaceutische zorg is geregeld in artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) en verder uitgewerkt in artikel 2.5 en Bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering (Rzv). Artikel 13 van de 'Vergoedingen' van de aanvullende ziektekostenverzekering 1 bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op farmaceutische zorg. De relevante verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving staan in de bijlage bij dit bindend advies. Deze bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

6.2. Verzoeker heeft verwezen naar een e-mailbericht van de afdeling Publieksvoorlichting van het Ministerie van VWS van 10 juli 2018. Uit de passage "*Ik vind het heel erg vervelend dat bepaalde patiënten groepen medicinale cannabis niet meer vergoed krijgen. De zorgverzekeraars hebben dit besluit zelf genomen. Dit is aan de zorgverzekeraars om te beslissen. De minister van VWS heeft daar geen invloed op*" maakt hij op dat zorgverzekeraars zelf de dekking van de zorgverzekering mogen vaststellen. Hierin volgt de commissie verzoeker niet. Deze passage heeft betrekking op de aanvullende verzekering en niet op de zorgverzekering. De Zvw, het Bzv en de Rzv schrijven immers dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd moeten zijn. Het staat zorgverzekeraars niet vrij een ruimere dan wel beperktere dekking te bieden dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. Dit is anders voor de aanvullende verzekeringen. Zorgverzekeraars hebben de vrijheid hun aanvullende verzekeringen qua dekking en voorwaarden zelf in te richten.

- 6.3. De vraag die, gelet op artikel 5 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering, moet worden beantwoord, is of het middel Bedrocan® van het Bureau Medicinale Cannabis (verder: BMC), een geregistreerd geneesmiddel betreft. Als dit het geval is, moet worden beoordeeld of het middel onderling vervangbaar is. Een geregistreerd onderling vervangbaar geneesmiddel wordt alleen vergoed, als het door de Minister van VWS is aangewezen. Geregistreerde niet onderling vervangbare geneesmiddelen komen in beginsel voor vergoeding in aanmerking. Als het middel niet is geregistreerd, moet worden bekeken of sprake is van een zogenoemde 'orphan drug' of magistrale receptuur. Hierbij geldt als eis dat het dient te gaan om rationele farmacotherapie. Een 'orphan drug' is een geneesmiddel dat wordt voorgeschreven aan personen die lijden aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij één op de 150.000 inwoners. 'Magistrale receptuur' is een middel dat is bereid door een apotheker.
- 6.4. Bedrocan® behoort niet tot de geregistreerde, door de Minister van VWS aangewezen geneesmiddelen, die zijn vermeld op bijlage 1 Rzv. Ook betreft het geen zogenoemde 'orphan drug'. Bedrocan® is een (grondstof voor een) magistrale bereiding. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of bij dit middel sprake is van rationele farmacotherapie. Dit is het geval als het gaat om behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering.
- 6.5. Verzoeker voert aan dat dit het geval is. Hij verwijst in dit verband naar de door hem overgelegde artikelen: 'Das therapeutische Potenzial von Cannabis und Cannabinoiden', 'Wetenschappelijk bewijs voor de werking van medicinale cannabis bij fibromyalgie' en 'Tourette's syndrome'. Volgens verzoeker moet het artikel in de 'Journal of American Medical Association (JAMA) worden gepasseerd, omdat dit onderzoek is uitgevoerd met een andere soort cannabis dan Bedrocan®, namelijk een synthetische soort. In reactie op het advies van 14 juni 2019, heeft hij naar voren gebracht dat het op de weg van het Zorginstituut had gelegen de ontbrekende medische informatie bij hem op te (laten) vragen. Deze medische informatie had mogelijk immers tot de conclusie geleid dat het gebruik van Bedrocan® door middel van een verdampert bij het syndroom van Gilles de la Tourette wél rationele farmacotherapie is.
- 6.6. De ziektekostenverzekeraar betwist dat sprake is van rationele farmacotherapie. Dit blijkt zijns inziens uit het 'Beoordelingsrapport medicinale cannabis' van het College voor Zorgverzekeringen (thans het Zorginstituut) van 2 september 2003, de herbevestiging van dit rapport door het Zorginstituut in 2016, het overzichtsartikel in JAMA in 2015 en het artikel 'Cannabis exposure as an interactive cardiovascular risk factor and accelerant of organismal ageing: a longitudinal study'. De ziektekostenverzekeraar wijst verder erop dat de commissie eerder verzoeken voor vergoeding van medicinale cannabis heeft afgewezen (zaaknummer 201701449 en 201801179).
- 6.7. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 14 juni 2019 geconcludeerd dat Bedrocan® bij het syndroom van Gilles de la Tourette niet kan worden beschouwd als rationele farmacotherapie. Dit advies heeft het Zorginstituut bij brief van 22 juli 2019 gehandhaafd. De commissie neemt het advies over. Dit betekent dat Bedrocan® geen verzekerde prestatie is op basis van de zorgverzekering. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op het middel Bedrocan® vanuit de zorgverzekering.
De commissie merkt in dit verband nog op dat zij - anders dan verzoeker - uit het advies concludeert dat eventuele aanvullende medische gegevens over zijn situatie niet tot een ander oordeel van het Zorginstituut had geleid. De beschikbare studies zijn leidend. Dit wordt bevestigd in de brief van het Zorginstituut van 22 juli 2019.
- 6.8. Verzoeker heeft in dit verband nog gesteld dat het BMC - vallend onder het CIBG, een uitvoeringsorgaan van het Ministerie van VWS - op zijn website verklaart dat de werkzaamheid van medicinale cannabis (Bedrocan®) bij het syndroom van Gilles de la Tourette voldoende is bewezen. De website luidt, voor zover hier van belang: "(...) Momenteel zijn er voldoende

gegevens beschikbaar die aantonen dat medicinale cannabis werkzaam kan zijn bij verschillende aandoeningen. Het gaat hierbij om: (...) tics bij het syndroom van Gilles de la Tourette (...)". Deze passage kan niet leiden tot een ander oordeel. Rationele farmacotherapie houdt in dat door middel van wetenschappelijk onderzoek moet zijn vastgesteld dat het geneesmiddel bij de desbetreffende aandoening werkzaam en effectief is. Uit genoemde passage komt enkel naar voren dat medicinale cannabis bij het syndroom van Gilles de la Tourette werkzaam kan zijn.

- 6.9. Verzoeker heeft nog erop gewezen dat de ziektekostenverzekeraar medicinale cannabis in het verleden wél vanuit de zorgverzekering heeft vergoed. De commissie merkt hierover op dat de inzichten of toepassing van een bepaald geneesmiddel bij een bepaalde indicatie rationele farmacotherapie is, in de loop der tijd kunnen veranderen. Dit is het gevolg van de beschikbaarheid van wetenschappelijke literatuur en studies. Op basis hiervan wordt beoordeeld of is voldaan aan voornoemd criterium. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat op basis van de wetenschappelijke literatuur die in het verleden beschikbaar was, moest worden geconcludeerd dat bij medicinale cannabis sprake was van rationele farmacotherapie. Uit de wetenschappelijke literatuur die nadien is gepubliceerd, bleek echter het tegendeel, zoals is bevestigd door het Zorginstituut.


Aanvullende ziektekostenverzekeringen


- 6.10. De aanvullende ziektekostenverzekering 1 biedt dekking voor geregistreerde geneesmiddelen die niet, niet meer of nog niet in het geneesmiddelenvergoedingssysteem zijn opgenomen en apotheekbereidingen die niet vergoed worden vanuit de zorgverzekering tot maximaal € 750,- per kalenderjaar, mits (i) de ziektekostenverzekeraar de verzekerde vooraf schriftelijk toestemming heeft gegeven; (ii) geen vergoedbaar alternatief bestaat, én (iii) het betreffende geneesmiddel bij een aandoening wordt gebruikt als bedoeld op de door de ziektekostenverzekeraar opgestelde lijst 'Bijlage bij reglement farmaceutische zorg: geregistreerde geneesmiddelen niet opgenomen in het basispakket' (2018). De commissie stelt vast dat medicinale cannabis (Bedrocan®) niet op deze lijst is vermeld. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op medicinale cannabis (Bedrocan®) vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering 1.

- 6.11. De aanvullende ziektekostenverzekering 2 biedt geen dekking voor Bedrocan®. Het verzoek kan daarom niet op basis van deze verzekering worden ingewilligd.


Coulance


- 6.12. Verzoeker meent dat de ziektekostenverzekeraar in zijn situatie coulance moet toepassen. De bevoegdheid tot toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In het beleid dat de ziektekostenverzekeraar op dit gebied voert, kan de commissie niet treden. Dit ligt anders als de ziektekostenverzekeraar een beleid voert waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld. Niet gebleken is dat dit hier aan de orde is.
- 6.13. Verzoeker heeft gesteld dat de ziektekostenverzekeraar hem in een menonwaardige situatie brengt en hem (fysieke) schade toebrengt. Doordat verzoeker de hoge kosten van Bedrocan® zelf moet betalen van zijn kleine inkomen, wordt hem zijn bestaanszekerheid ontnomen. Tevens zal hij toenemende fysieke klachten krijgen als hij de medicinale cannabis niet meer zelf kan betalen. Dit is een achteruitgang in zijn menswaardig bestaan. Hij verwijst in dit verband naar artikel 20 van de Grondwet en naar het strafrecht en de mensenrechten in het algemeen. De commissie is niet bevoegd te oordelen of de ziektekostenverzekeraar een strafbaar feit heeft begaan. Dit is voorbehouden aan de rechterlijke macht (artikel 113, onderdeel a, van de Grondwet). Artikel 20 van de Grondwet heeft geen horizontale werking. Verzoeker kan zich jegens de ziektekostenverzekeraar daarom niet met succes op deze bepaling beroepen. Omdat verzoeker zijn stelling voor het overige niet nader heeft onderbouwd, kan deze door de commissie niet worden beoordeeld.

- 
- 6.14. De verdere argumenten van verzoeker leiden niet tot een andere uitkomst van de beoordeling. Dit geldt in het bijzonder voor:
- het argument dat de overheid medicinale cannabis aan andere landen verkoopt;
 - de stelling dat in steeds meer landen medicinale cannabis wordt vergoed;
 - het argument dat verzoeker de kosten van Bedrocan® niet zelf kan dragen;
 - de stelling dat het vergoeden van medicinale cannabis de ziektekostenverzekeraar uiteindelijk kosten bespaart;
 - de stelling dat het niet langer vergoeden van medicinale cannabis een bezuinigingsmaatregel is.




7. Bindend advies

- 
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 24 juli 2019,



J.A.M. Strens-Meulemeester

Lijst van geregistreerde geneesmiddelen. Apotheekbereidingen en gezondheidsproducten die niet vanuit de basisverzekering vergoed worden in combinatie met aandoening(en), maar wel vanuit de aanvullende verzekering vergoed worden.

Naam geneesmiddel	Medische indicatie	Voorschrijver	Opmerkingen
acetylcysteïne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Idiopathische longfibrose ▪ Ernstige neuromusculaire aandoeningen (vernevelvloeistof) 	Specialist	
acetylcysteïne oogdruppels 5%	Keratocconjunctivitis sicca en andere oogaandoeningen	Specialist	
fosfaatklysma's	Obstipatie t.g.v. neurologische aandoeningen als dwarslaesie, ALS, spierziekten.	Neuroloog, revalidatie-arts	O.a. Colex klysma
Gutron® (midodrine)	Orthostatische hypotensie	Specialist	
Humatin® (paromomycine)	Therapieresistente darminfecties	Specialist	Bij cryptosporidiosis bij Aids-patiënten uit de BV vergoeden
Hylocomod®, Hylocare®, Hylogel® en Hylosic fluidgel® Hylodual®, Hyloparin® oogdruppels	Bij oogaandoeningen met droge ogen, bijv. Syndroom van Sjögren.	Specialist of huisarts	
Kerulac®/Kerutabs®	Lactose-intolerantie	Specialist	
kunstspeeksel	Ernstige klachten van droge mond t.g.v. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Syndroom van Sjogren ▪ Operaties in het hoofdhalsg gebied ▪ Bestralingen in het hoofdhalsg gebied ▪ Chemotherapie 	Specialist	Ook Caphosol® en Gelclair® vallen hieronder
MCT-margarine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Short bowel ▪ Leverziekte ▪ Vetstofwisselingsziekte 	Specialist	
ORS	Chronische darmaandoeningen	Specialist	
pilocarpine oraal /bv Salagen®	Ernstige klachten van droge mond t.g.v. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Syndroom van Sjögren ▪ Operaties in het hoofdhalsg gebied ▪ Bestralingen in het hoofdhalsg gebied 	Specialist	Betreft tabletten en geen oogdruppels
Prevenar 13® (pneumokokken-vaccinatie)/ Neisvac C® , Menveo® en Nimenrix® (meningokokkenvaccinatie)	Preventie infecties bij patiënten na een miltverwijdering, immuunstoornis, zeer slechte longfunctie, sikkelcelziekte of HIV	Specialist	
Premeno Duo® vaginaal capsules	Overgangsverschijnselen bij vrouwen die geen hormoonpreparaten mogen gebruiken	Specialist of huisarts	
Resolor® (prucalopride)	Therapieresistente obstipatie	Specialist	
Versatis® pleisters (lidocaine)	Zenuwpijn na gordelroos	Specialist	
Vitaminepreparaten en mineralen (Aquadeks®, Magnesiacard®, Co-enzym Q10® etc.)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cystic fibrosis ▪ Aangeboren stofwisselingsziekten 	Specialist	Soort vitamine afhankelijk van de aandoening
Zonnebrandmiddelen factor 50/60	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Albinisme ▪ Pigmentaandoeningen 	Dermatoloog	Vitiligo uitgesloten



Hulpmiddelen

4 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

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

Voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen

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

Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u altijd vooraf onze toestemming vragen.

In sommige gevallen worden de hulpmiddelen in bruikleen aan u gegeven. Dit staat in het Reglement Hulpmiddelen. In dat geval wijken wij af van dit artikel onder a en artikel 2.1 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekering'.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Heeft u een hulpmiddel nodig dat deel uitmaakt van medisch-specialistische zorg? Dan heeft u geen recht op hulpmiddelen op basis van dit artikel. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel 30 van de 'Verzekerde zorg basisverzekering'.



Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

5 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

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

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

U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:

- a alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een IDEA-contract heeft gesloten;
- b de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheek zonder contract;

- c andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor u of uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:
 - geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheek in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;

- d polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

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

Voorwaarden voor het recht op geneesmiddelen en dieetpreparaten

- 1 De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
- 2 Een apotheek moet de geneesmiddelen leveren. Dieetpreparaten mogen ook geleverd worden door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.
- 3 Zijn er identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan heeft u alleen recht op de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op een niet-aangewezen geneesmiddel. Namelijk als het medisch niet verantwoord is om u te behandelen met het geneesmiddel dat wij hebben aangewezen. De voorschrijver (zie onder 1) moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische indicatie en moet dit kunnen onderbouwen. Meer informatie hierover leest u in de Begrippenlijst van het Reglement Farmaceutische Zorg.
- 4 U heeft alleen recht op dieetpreparaten als:
 - a u een aandoening heeft waarbij toediening van deze preparaten een essentieel onderdeel is van adequate zorg;
 - b u niet kunt uitkomen met normale aangepaste voeding en/of dieetproducten;
 - c is voldaan aan de aanvullende voorwaarden voor vergoeding die staan in bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. Bijlage 2 wordt regelmatig gewijzigd. Ook tijdens het lopende polisjaar. U kunt de meest actuele bijlage met de voorwaarden vinden op internet: <http://wetten.overheid.nl>; tik in het zoekvenster Regeling zorgverzekering; klik op vind; klik op Regeling zorgverzekering; klik in de lijst links onderaan op Bijlage 2;
 - d als ze zijn voorgeschreven door een jeugdarts, medisch specialist of diëtist. De huisarts kan dieetpreparaten alleen voorschrijven bij allergieën die met een provocatie-eliminatie-test vastgesteld zijn.

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

Voorwaarden voor het recht op (deel)prestaties

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

Let op! Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar. Bij plaatsing door een gynaecoloog wordt zowel de plaatsing als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. U betaalt dan eigen risico. Bij plaatsing door een huisarts worden, zowel de plaatsing, als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. Het eigen risico geldt dan alleen voor de spiraal. Voor de plaatsing van de spiraal door de huisarts is geen eigen risico verschuldigd.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

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

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



Mond en tanden (mondzorg)

U heeft recht op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plagen te bieden. In de onderstaande artikelen (van 6 tot en met 12) gaan wij hierop in.

6 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

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

Let op! In andere gevallen valt orthodontie niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende verzekering afsluiten. N.B. Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar.

Voorwaarden voor het recht op orthodontie in bijzondere gevallen

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan heeft u geen recht op reparatie of vervanging hiervan.

7 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan heeft u recht op de volgende tandheelkundige behandelingen:

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek 1 keer per jaar (jaarlijkse controle), of meerdere keren per jaar, als u tandheelkundig op die hulp bent aangewezen;
- incidenteel tandheelkundig consult;
- het verwijderen van tandsteen;
- maximaal 2 keer per jaar een fluoridebehandeling vanaf het moment van doorbreken van blijvende gebitselementen, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen. Wij moeten u hier wel vooraf toestemming voor hebben gegeven;
- sealing (afdichten groeven van kiezen);
- parodontale hulp (behandeling van tandvlees);
- anesthesie (verdoving);
- endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling);
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen);
- gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtsproblemen);
- uitneembare prothetische voorzieningen (frameprothese, partiële prothese (plaatje) of volledig kunstgebit);
- chirurgische tandheelkundige hulp. Het aanbrengen van tandheelkundige implantaten valt niet onder deze zorg;
- röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus. Deze moet bevoegd en bekwaam zijn om de betreffende behandeling uit te voeren.
- Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, tandarts-specialist of een huisarts.
- U heeft alleen recht op het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling, als er sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 6 van de 'Verzekerde zorg basisverzekering'). U heeft hiervoor dan al toestemming van ons gekregen.
- Is er zorg nodig zoals omschreven in artikel 6, 10.2, 11 of 12 van de 'Verzekerde zorg basisverzekering'? Dan moeten wij u hier vooraf toestemming voor hebben gegeven. Meer hierover leest u in deze artikelen.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor het maken van een kaakoverzichtsfoto (X21). Uw zorgverlener kan toestemming bij ons aanvragen. Vervolgens beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

14.2 Basisverzekering vervalt ook bij onrechtmatige inschrijving

Komt voor u een verzekeringsovereenkomst tot stand op grond van de Zorgverzekeringswet, en blijkt later dat u geen verzekeringsplicht had? Dan vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop u niet langer verzekeringsplicht had. Heeft u (verzekeringnemer) premie betaald, terwijl u geen verzekeringsplicht meer had? Dan verrekenen wij die premie met de vergoeding van de kosten van de zorg die u (verzekeringnemer) sindsdien heeft ontvangen. Wij betalen het saldo aan u (verzekeringnemer) uit, als u (verzekeringnemer) meer premie heeft betaald dan dat u (verzekeringnemer) aan vergoeding heeft ontvangen. Heeft u (verzekeringnemer) meer vergoeding ontvangen dan u (verzekeringnemer) aan premie heeft betaald? Dan brengen wij die kosten bij u (verzekeringnemer) in rekening. Wij gaan hierbij uit van een maand van 30 dagen.

14.3 Beëindigen als u bent aangemeld op grond van artikel 9a tot en met d van de Zorgverzekeringswet

14.3.1 Heeft het CAK u bij ons verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering? Dan kunt u deze verzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd over dat u bij ons verzekerd bent. Om de verzekering te kunnen vernietigen, moet u aan het CAK en aan ons aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest krachtens een andere zorgverzekering. Het gaat om de periode zoals bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet.

14.3.2 Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee kijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

14.3.3 U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Hiermee kijkt u af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?

15.1 Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekeringsverordening, of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
- vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;
- Vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekering' tot maximaal:
 - de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekering' wordt genoemd;
 - het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
 - het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op! Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.2 Vergoeding van zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is

Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekering' tot maximaal:

- de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekering' wordt genoemd;
- het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
- het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op! Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener aan u (verzekeringnemer) in euro's. Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

15.4 Nota's uit het buitenland

Zorgnota's moeten bij voorkeur zijn geschreven in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

Als een zorgverlener of zorginstelling iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk. Ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener of zorginstelling deel uitmaakt van de basisverzekering.

17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

17.1 Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel? Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

17.2 U heeft een meldingsplicht

Wordt u ziek, krijgt u een ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel 17.1 van deze algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.

17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden

U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling (laten) treffen met een derde, of zijn verzekeringsmaatschappij of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

18 Heeft u een klacht?

18.1 Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling Centrale Klachtencoördinatie. Dit moet u doen binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, per e-mail, telefonisch of via onze website.

Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal voorlegt, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.

18.2 Wat doen wij met uw klacht?

Zodra wij uw klacht ontvangen, nemen wij deze op in ons klachten-registratiesysteem. U ontvangt hiervan een bevestiging. Daarnaast geven wij u uiterlijk binnen 10 werkdagen een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is om uw klacht te behandelen, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk

Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben afgehandeld? Dan kunt u ons vragen uw klacht te herbeoordelen. U kunt uw herbeoordelingsverzoek bij de afdeling Klantsignaalmanagement indienen per brief, per e-mail, telefonisch, via onze website of per faxbericht. U ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 10 werkdagen geven wij u een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van uw klacht, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.4 Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk

Wilt u geen herbeoordeling aanvragen? Of voldoet de herbeoordeling niet aan uw verwachtingen? Dan kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), postbus 291, 3700 AG Zeist (skgz.nl). De SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen, als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan.

18.5 Behandeling door burgerlijk rechter

In plaats van naar de SKGZ kunt u ook met uw klacht naar de burgerlijk rechter stappen. Ook nadat de SKGZ een advies heeft uitgebracht, kunt u naar de burgerlijk rechter. De rechter zal dan toetsen of de totstandkoming van het advies aanvaardbaar is. Ook kunt u naar de burgerlijk rechter wanneer wij ons niet houden aan het advies van de SKGZ.

18.6 Klachten over formulieren

Vindt u onze formulieren overbodig of te ingewikkeld? Dan kunt u uw klacht hierover niet alleen bij ons indienen, maar ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Doet de NZa uitspraak over zo'n klacht, dan geldt deze als bindend advies.

18.7 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Meer informatie? Wilt u meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de SKGZ? Download dan de brochure 'Klachtenbehandeling bij zorgverzekeringen' vanaf onze website. U kunt deze brochure ook bij ons opvragen.

19 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?

19.1 Zilveren Kruis is onderdeel van de Achmea Groep. Achmea B.V. is verantwoordelijk voor de verwerking van uw gegevens. Als u een verzekering of financiële dienst aanvraagt, vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen de tot Achmea B.V. behorende bedrijven:

- om overeenkomsten aan te gaan en uit te voeren;
- om u te informeren over relevante producten en/of diensten van de tot Achmea B.V. behorende bedrijven en deze aan u aan te bieden;
- om producten en diensten te verbeteren;
- om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen;
- voor wetenschappelijk onderzoek en statistische analyse;
- om risico's in te schatten;
- voor relatiebeheer;
- om te voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Als wij uw persoonsgegevens gebruiken, moeten wij ons houden aan de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars'. Wij handelen hiermee volgens de eisen van de Wet bescherming persoonsgegevens en volgens de in mei 2018 veranderende wetgeving.

Bovengenoemde gegevensverwerkingen zijn aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens.

19.2 Als u geen informatie wilt over onze producten en diensten

Wilt u geen informatie over onze producten en/of diensten? Of wilt u uw toestemming intrekken voor het gebruik van uw e-mailadres? Dan kunt u dit op 3 manieren melden:

- schriftelijk bij Zilveren Kruis, postbus 444, 2300 AK Leiden;
- via telefoonnummer 071 – 751 00 51;
- via onze website.

19.3 Wij raadplegen het Centraal Informatie Systeem voor acceptatie

Om een verantwoord acceptatiebeleid te kunnen voeren, mogen wij als Zilveren Kruis uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist. Deelnemers van de Stichting CIS kunnen ook onderling gegevens uitwisselen. Het doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Voor alle informatie-uitwisseling via Stichting CIS geldt het privacyreglement van CIS. Meer informatie vindt u op www.stichtingcis.nl.

19.4 Wij mogen uw gegevens doorgeven aan derden

Vanaf het moment dat uw basisverzekering ingaat, mogen wij aan derden (waaronder zorgverleners, zorginstellingen, leveranciers, Vecozo, Vektis en het CAK) uw adres-, verzekerings- en polisgegevens vragen en geven. Dit mogen wij doen voor zover dit nodig is om de verplichtingen op grond van de basisverzekering na te komen. Is het om een dringende reden noodzakelijk dat derden uw adres-, verzekerings- en polisgegevens niet mogen inzien? Dan kunt u ons dat schriftelijk melden. Achmea verkoopt uw gegevens niet.

19.5 Wij registreren uw burgerservicenummer

Wij zijn wettelijk verplicht uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie op te nemen. Uw zorgverlener of zorginstelling is wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Ook andere dienstverleners die zorg bieden in het kader van de Zorgverzekeringswet, moeten dit doen. Wij gebruiken dus ook uw BSN, als wij communiceren met deze partijen.

19.6 Waar leest u meer informatie over uw rechten en het gebruik van uw gegevens door Achmea?

U vindt meer informatie in ons Privacy Statement op onze website. U neemt hier kennis van de gronden voor de verwerking van persoonsgegevens en uw rechten inclusief de wettelijke wijzigingen die per mei 2018 hierin optreden.

20 Wat zijn de gevolgen van fraude?

20.1 Fraude is als iemand een vergoeding verkrijgt of probeert te verkrijgen van een verzekeraar, of een verzekeringsovereenkomst krijgt met ons:

- onder valse voorwendselen;
- op oneigenlijke grond en/of wijze.

In deze overeenkomst verstaan wij hieronder specifiek één of meer van de volgende activiteiten. U fraudeert als u en/of iemand anders die belang heeft bij de vergoeding:

- een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven;
- vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd;
- een onware opgave heeft gedaan over een ingediende vordering;
- feiten heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn om een ingediende vordering te beoordelen.

20.2 Bij fraude geen vergoeding

Als er sprake is van aangetoonde fraude, vervalt alle recht op de vergoeding van kosten van zorg uit de basisverzekering. Dus ook voor datgene waarbij wel een ware opgave is gedaan en/of wel een juiste voorstelling van zaken is gegeven.

20.3 Andere gevolgen van fraude

Daarnaast kan fraude ertoe leiden dat wij:

- aangifte doen bij de politie;
- uw verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen. U kunt dan pas 5 jaar daarna een nieuwe verzekeringsovereenkomst bij ons afsluiten;

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

De algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering, zijn ook van toepassing op uw aanvullende verzekeringen. Uitzonderingen hierop zijn artikel 1.1 lid a-d (Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op) en artikel 4.3 (Niet-gecontracteerde zorgverleners).

Deze artikelen uit de algemene voorwaarden van de basisverzekering zijn dus niet van toepassing op de aanvullende verzekeringen.

Daarnaast zijn er ook een aantal artikelen die specifiek voor uw aanvullende verzekeringen gelden. Hieronder staan die artikelen.

1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?

1.1 De aanvullende verzekering aanvragen

Iedereen die recht heeft op onze basisverzekering, kan op eigen verzoek een aanvullende verzekering aanvragen. U (verzekeringnemer) meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. U kunt ook op onze website het aanvraagformulier invullen. Maar dat kan alleen, als u tegelijkertijd onze basisverzekering aanvraagt. Wij gaan een aanvullende verzekering nooit met terugwerkende kracht aan, tenzij er sprake is van een situatie zoals omschreven in artikel 6.1 van deze algemene voorwaarden.

1.2 Soms kunnen wij u niet aanvullend verzekeren

In een aantal gevallen sluiten wij geen aanvullende verzekering voor u af. Wij weigeren uw aanvraag als:

- u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons is afgesloten;
- u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 20 van de algemene voorwaarden van de basisverzekering;
- uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft;
- u al zorg nodig heeft op het moment dat u zich aanmeldt. Of als er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang valt onder de verstrekkingen vanuit de aanvullende verzekeringen.

1.3 Kinderen dezelfde aanvullende verzekering als de ouder

Zijn uw kinderen meeverzekerd op uw basisverzekering? Dan kunt u een aanvullende verzekering voor uw kinderen afsluiten. Voor de aanvullende verzekering voor kinderen jonger dan 18 jaar betaalt u geen premie. Daarom is het niet mogelijk om voor hen een aanvullende verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan uw aanvullende verzekering of die van uw meeverzekerde partner.

Let op! Is uw partner bij ons of bij een andere verzekeraar zelfstandig verzekerd voor de basisverzekering en aanvullende verzekeringen? Dan moet u zelf aangeven bij wie u uw kinderen meeverzekert.

2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?

2.1 Wat wij vergoeden

U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover u deze kosten heeft gemaakt in de periode waarin deze aanvullende verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum waarop de zorg is geleverd. Het gaat hierbij om de behandeldatum die op de nota staat, niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Declareert u een behandeling in de vorm van een DBC-zorgproduct? Dan is bepalend op welk moment uw behandeling is begonnen.

Vergoeding niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling

Bij een aantal vergoedingen onder de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen', vergoeden wij de kosten alleen, als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat. Dit leest u dan in het artikel. Het kan ook zijn dat we de niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling niet volledig vergoeden, dit leest u dan ook in het artikel.

2.2 Vergoeding zorg bij verblijf in het buitenland

Voor vergoeding van zorg die u ontvangt in het buitenland, gelden bepaalde voorwaarden en uitsluitingen. U vindt deze in de artikelen onder de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'. Daarnaast moet de plaatselijke overheid de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling erkend hebben. Ook moet de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling voldoen aan gelijkwaardige wettelijke eisen als die waaraan Nederlandse zorgverleners en zorginstellingen volgens onze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen. Daarnaast is artikel 15 van de algemene voorwaarden van de basisverzekering van toepassing bij zorg in het buitenland.

Let op! Spreken wij in de voorwaarden over 100% of volledige vergoeding? Dan betekent dat voor dat artikel een vergoeding tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is.

Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Daarnaast is dit artikel niet van toepassing op artikel 9 van de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'. Wij vergoeden de zorg die u in het buitenland krijgt, alleen, als wij deze kosten ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekeringen zouden vergoeden.

2.3 Wat wij niet vergoeden (samenloop van kosten)

U heeft bij ons uitsluitend recht op vergoedingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt. Ook moet de vergoeding onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen. Vanuit de aanvullende verzekering vergoeden wij niet de kosten ter compensatie van:

- a vanuit de basisverzekering verstrekte lagere vergoedingen, omdat u gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg;
- b kosten die met het eigen risico van de basisverzekering zijn verrekend, tenzij een collectieve aanvullende verzekering bij ons is afgesloten die het verplicht eigen risico vergoedt;
- c wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij deze vergoeding expliciet is opgenomen in de aanvullende verzekering.

Er is geen dekking uit hoofde van deze aanvullende verzekeringen indien en voor zover de geneeskundige kosten worden gedekt vanuit enige wet of andere voorziening of door een andere verzekering (waaronder een reisverzekering), al dan niet van oudere datum, of daaronder gedekt zouden zijn indien deze aanvullende verzekeringen niet zou hebben bestaan.

2.4 Kosten die voortvloeien uit terrorisme

Is er sprake van kosten als gevolg van terrorisme? Dan vergoeden wij vanuit de aanvullende verzekeringen maximaal de uitkering zoals omschreven in het clauseblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. Dit clauseblad en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op www.terrorisneverzekerd.nl. Het clauseblad kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

2.5 Vergoedingsvolgorde bij meerdere verzekeringen

Heeft u meerdere verzekeringen bij ons afgesloten? Dan vergoeden wij de nota's die u bij ons indient achtereenvolgens vanuit:

- de basisverzekering;
- de aanvullende tandartsverzekering;
- de aanvullende verzekering;
- Extra Vitaal.

3 Is er een verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico?

Uw verplicht eigen risico en uw eventuele vrijwillig gekozen eigen risico zijn alleen van toepassing op de basisverzekering. Voor de aanvullende verzekeringen geldt dus geen eigen risico voor de vergoedingen.

13.1.2 Wettelijke eigen bijdrage overige geneesmiddelen

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS) voor andere geneesmiddelen dan met methylfenidaat retard, atomoxetine, dexamfetamine of guanfacine.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- de eigen bijdrage die u moet betalen, omdat u het maximum overschrijdt van de maximale vergoedingen voor de (deel)prestaties farmacie geneesmiddelen en dieetpreparaten.
- de wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS), als het gaat om geneesmiddelen met methylfenidaat retard, atomoxetine, dexamfetamine of guanfacine in verband met de behandeling van bijvoorbeeld Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) die vergoed worden vanuit de basisverzekering. Alleen als u Aanvullend 4 sterren heeft afgesloten worden deze kosten (deels) vergoed vanuit artikel 13.1.1.
- de wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS) voor anticonceptiva. Alleen als u een aanvullende verzekering heeft afgesloten, worden deze kosten vergoed vanuit artikel 13.3.

Aanvullend Exclusief

Basis Plus Module	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
1 ster	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
2 sterren	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
3 sterren	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar

13.2 Melatonine

Wij vergoeden de kosten van generieke melatoninetabletten.

Voorwaarden voor vergoeding

- De melatoninetabletten moeten zijn voorgeschreven door een (kinder)psychiater, kinderarts of (kinder)neuroloog die verbonden is aan een instelling die wij hebben gecontracteerd. Wilt u weten met welke instellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.
- U moet de melatoninetabletten ontvangen van internetapotheek eFarma.

Aanvullend Exclusief

Basis Plus Module	geen dekking
1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	100%
4 sterren	100%

13.3 Anticonceptiva

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden:

- van 21 jaar en ouder de kosten van hormonale anticonceptiva en spiraaltjes (IUD's). Voor deze geneesmiddelen gelden de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld;
- de wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS), als het gaat om anticonceptiva die vergoed wordt vanuit de basisverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een huisarts, arts van een centrum voor seksualiteit, verloskundige of medisch specialist moet het anticonceptiemiddel hebben voorgeschreven.
- Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van een huisarts, arts van een centrum voor seksualiteit, verloskundige of medisch specialist noodzakelijk.
- Het anticonceptiemiddel moet voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden.
- Het anticonceptiemiddel moet worden geleverd door een apotheek.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van anticonceptiva als deze worden vergoed vanuit de basisverzekering op grond van een medische indicatie. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies).

Aanvullend Exclusief

Basis Plus Module	geen dekking
1 ster	100%
2 sterren	100%
3 sterren	100%
4 sterren	100%

13.4 Geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vanuit de basisverzekering vergoed worden

Wij vergoeden de kosten van een beperkt aantal geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vergoed worden vanuit de basisverzekering.

Wij vergoeden de geneesmiddelen en apotheekbereidingen in één van de volgende gevallen:

- als ze niet, niet meer of nog niet in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) voor vergoeding zijn opgenomen;
- als apotheekbereidingen niet vanuit de basisverzekering vergoed worden.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- Er is in uw situatie geen vergoedbaar alternatief.
- Het geneesmiddel moet worden gebruikt bij een aandoening die, in combinatie met dat geneesmiddel, voorkomt op een lijst die wij hebben opgesteld. Op deze lijst staan geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen in combinatie met aandoeningen. Deze kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! Het geneesmiddel moet zijn voorgeschreven door een medisch specialist of een huisarts met wie wij een contract hebben. Daarnaast moet het geneesmiddel zijn geleverd door een apotheek die wij hebben gecontracteerd. Kiest u voor een medisch specialist, huisarts of apotheek die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke zorgverleners en apotheken wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Aanvullend Exclusief

Basis Plus Module	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
1 ster	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
2 sterren	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
3 sterren	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar



Mond en tanden (mondzorg)

Wij vergoeden de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetic, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van 14 tot en met 17) gaan wij hierop in. Heeft u ook een tandartsverzekering afgesloten? Dan vergoeden wij de kosten eerst vanuit de aanvullende tandartsverzekering en daarna vanuit deze aanvullende verzekering, wanneer deze kosten bij beide verzekeringen voor vergoeding in aanmerking komen.

14 Orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebtsregulatie) en een second opinion. De zorg wordt gedeclareerd met de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven prestatiecodes voor orthodontie eindigend op de letter 'A'.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
 - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
 - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
 - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet,
 - 3°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners,
 - 4°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
 - 5°. artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;

(...)

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.5

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

(...)