

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202401844

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 17 februari 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 24 februari 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 22 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 24 april 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 20 mei 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025010336 aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 23 mei 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 juni 2025 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld te reageren op de ter zitting door verzoekster overgelegde stukken. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 3 juli 2025 hierop gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting, kopieën van de ter zitting door verzoekster overgelegde stukken, en een kopie van de reactie van de ziektekostenverzekeraar van 3 juli 2025, zijn op 7 juli 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 20 mei 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 10 juli 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (combinatiepolis) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend Financieel*** en Aanvullend Tand** (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 18 september 2024 meegedeeld de kosten van midazolam neusspray 2,5 mg met ingang van 1 januari 2025 niet meer ten laste van de zorgverzekering te vergoeden. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 27 september 2024 verzocht de betreffende kosten ook na 31 december 2024 te vergoeden. Bij brief van 22 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar op dit verzoek afwijzend beslist.
- 2.3. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft er op 14 november 2024 een gesprek plaatsgevonden tussen de behandelend revalidatiearts en de ziektekostenverzekeraar. Dit gesprek heeft niet ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar zijn beslissing heeft gewijzigd.
- 2.4. Bij brief van 20 mei 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.5. Bij brief van 10 juli 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van midazolam neusspray 2,5 mg ook na 31 december 2024 te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel uit coulance.
- 3.2. Verzoekster voert aan dat zij kampt met ernstige spierverspansingen als gevolg van een dysautonomie bij het Ehlers Danlos Syndroom. Om de symptomen enigszins onder controle te houden gebruikt verzoekster in overleg met haar revalidatiearts al geruime tijd midazolam neusspray 2,5 mg. De kosten van deze neusspray zijn altijd door de ziektekostenverzekeraar vergoed. In september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar haar echter geïnformeerd dat de kosten van het geneesmiddel met ingang van 1 januari 2025 niet meer zullen worden vergoed. Verzoekster verschilt sindsdien met de ziektekostenverzekeraar van mening of deze ook na 31 december 2024 gehouden is de kosten te vergoeden. Ter onderbouwing van haar standpunt heeft verzoekster een verklaring van haar behandelend revalidatiearts van 5 september 2024 overgelegd, waarin deze stelt dat er voor verzoekster geen alternatieven voor de neusspray voorhanden zijn. Daarnaast stelt de revalidatiearts dat verzoekster de kosten van de neusspray door de hoge dosering (60 sprays per dag) onmogelijk zelf kan betalen. Niet gebruiken van de neusspray zal leiden tot ernstige gezondheidsschade.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat toen de ziektekostenverzekeraar de vergoeding van midazolam beëindigde, zij verschillende soorten medicatie heeft geprobeerd als alternatief. Geen van deze geneesmiddelen had echter hetzelfde effect. Het enige geneesmiddel dat enigszins een positief effect had was rivotril. Helemaal niets innemen is geen optie omdat de dystonie aanvallen uren duren en er dan eigenlijk een ambulance moet komen. Omdat verzoekster dit laatste wil vermijden, heeft zij met haar revalidatiearts besproken om alleen midazolam te gebruiken bij een aanval. Het aantal aanvallen loopt uiteen van 2 tot 4 of 5 per dag. Verder heeft verzoekster verklaard dat haar revalidatiearts een collega arts bereid heeft gevonden een verklaring op te

stellen. Uit deze verklaring blijkt dat de betrokken arts het advies van de behandelend revalidatiearts aan verzoekster, om in geval van een aanval midazolam te gebruiken, ondersteunt.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster al geruime tijd de kosten van midazolam neusspray 2,5 mg bij hem declareert. Omdat de neusspray in de situatie van verzoekster eigenlijk geen verzekerde zorg is, heeft de ziektekostenverzekeraar haar bij brieven van onder meer 18 september 2024 en 16 december 2024 geïnformeerd dat de kosten van het geneesmiddel met ingang van 1 januari 2025 niet meer worden vergoed. In zijn brief van 27 januari 2025 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen licht de ziektekostenverzekeraar toe dat midazolam neusspray een niet-geregistreerd geneesmiddel is en beschikbaar is als apotheekbereiding. Om voor vergoeding van een apotheekbereiding in aanmerking te komen dient sprake te zijn van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek zijn vastgesteld. Verder geldt dat de behandeling het meest economisch moet zijn voor de zorgverzekering.
- 4.2. In het verlengde van het voorgaande geldt dat het aan de voorschrijver is om aan te tonen dat sprake is van rationele farmacotherapie. Omdat de revalidatiearts de neusspray aan verzoekster voorschrijft, heeft de ziektekostenverzekeraar hem verzocht literatuur aan te leveren waaruit blijkt dat:
 1. midazolam (al dan niet in de vorm van een neusspray) ingezet kan worden bij een dysautonomie bij Ehlers Danlos Syndroom, en
 2. midazolam (al dan niet in de vorm van een neusspray) bij de aandoening van verzoekster kan worden gegeven in zeer hoge dosering.

De ziektekostenverzekeraar heeft, naar aanleiding van de gedane verzoeken, van de revalidatiearts van verzoekster geen literatuur ontvangen. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar zelf onderzoek gedaan, maar zijn medisch adviseur heeft geen literatuur gevonden waaruit blijkt dat bij gebruik van midazolam in de vorm van een neusspray bij de aandoening van verzoekster sprake is van rationele farmacotherapie. Hieruit volgt ook direct dat er geen literatuur is gevonden die het hoge aantal (rond de 60) neussprays per dag rechtvaardigt. Op 14 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar samen met twee medisch adviseurs nog een rechtstreeks overleg gehad met de revalidatiearts van verzoekster, maar dit heeft zijn standpunt dat niet wordt voldaan aan het criterium 'rationele farmacotherapie' niet veranderd.
- 4.3. Gelet op de argumenten die verzoekster heeft aangevoerd, heeft de ziektekostenverzekeraar tevens beoordeeld of een coulancevergoeding mogelijk is, maar ook hierop is afwijzend beslist. De overwegingen die daarbij een rol hebben gespeeld zijn de volgende:
 - a. Er zijn geen andere indicaties waarvoor midazolam neusspray wordt ingezet in deze hoge dosering per dag. Ook niet voor de behandeling van een tonisch klonische aanval bij epilepsie (waarvoor midazolam neusspray gewoonlijk wordt ingezet).
 - b. Er is contact geweest met een arts van het Expertisecentrum voor Ehlers Danlos Syndromen (onderdeel van het Erasmus Medisch Centrum). Deze arts ziet dysautonomie vaak bij Ehlers Danlos, maar dan vooral in de vorm van maag/darmstoornissen en/of POTS. Zeer ernstige spierverkrampingen komen volgens hem niet vaak voor. Hij kent de toepassing van midazolam neusspray hierbij niet, laat staan in deze zeer hoge dosering.
 - c. Er is, gelet op de toedieningsweg, contact geweest met een KNO-arts en die raadt intensieve (vaker dan 4x per dag) toediening van een geneesmiddel via de neus langer dan 2 weken af, aangezien dit slecht is voor het neusslijmvlies. Bij intensieve toediening is de kans (te) groot dat een deel van het geneesmiddel ook in de rest van het lichaam terecht komt en daar onbedoelde neveneffecten heeft. Vaker dan 4x per dag toediening via de neus wordt daarom afgeraden.
 - d. Er zijn bij de ziektekostenverzekeraar en de bijbehorende labels geen andere voorschrijvers

bekend die midazolam neusspray in zeer hoge doseringen voorschrijven (analyse gedaan op basis van declaratiegegevens).

e. Of er echt geen alternatieven bestaan, is niet aan de ziektekostenverzekeraar om te beoordelen. Wel wordt dit argument in de situatie van verzoekster maar door één arts aangevoerd, zonder consultatie van een tweede arts.

Gelet op het voorgaande ziet de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding het verzoek een coulancevergoeding te verlenen te honoreren.

4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat uit de wetenschappelijke literatuur niet blijkt dat midazolam werkt bij het Ehlers Danlos Syndroom of dystonie. Dit betekent dat geen sprake is van rationele farmacotherapie. Daarnaast is door de ziektekostenverzekeraar beoordeeld of onverkorte toepassing van de verzekeringsvoorwaarden leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Een van de criteria die de Hoge Raad hierbij heeft gesteld is dat er de verwachting moet zijn dat het gevraagde op korte termijn wordt opgenomen in het basispakket. Gelet op het feit dat er nog geen wetenschappelijke studies beschikbaar zijn, ligt het niet in de lijn der verwachting dat midazolam op korte termijn voor de indicatie dystonie of Ehlers Danlos Syndroom wordt opgenomen in het basispakket. Het feit dat een collega van de behandelend revalidatiearts het beleid om midazolam voor te schrijven ondersteunt, maakt het voorgaande niet anders. Hierbij dient nog te worden opgemerkt dat de betreffende collega arts op geen enkele wijze contact met verzoekster heeft gehad.

4.5. In reactie op de ter zitting overgelegde stukken stelt de ziektekostenverzekeraar dat door verzoekster een document is overgelegd waarin wordt verwezen naar een informatieve pagina op de website van het Amsterdam UMC over dystonie. Op deze pagina worden benzodiazepines genoemd als middel om spierspanning te verminderen. Er wordt echter niets gezegd over welke benzodiazepine daarvoor zou kunnen worden ingezet of over de toedieningsvorm dan wel de dosering. De dystonievereniging noemt twee specifieke benzodiazepines, te weten diazepam en clonazepam. Midazolam wordt niet genoemd en ter zitting heeft verzoekster verklaard dat zij inmiddels clonazepam (rivotril) in combinatie met midazolam gebruikt. Noch op de informatiepagina van het Amsterdam UMC noch op die van de dystonievereniging wordt iets gezegd over een combinatie van benzodiazepines. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat de keuze voor en de dosering van midazolam, alsmede de combinatie van benzodiazepines, voor hem niet navolgbaar zijn.

Voorts verklaart de ziektekostenverzekeraar dat hij, in vervolg op de hoorzitting en na ontvangst van de aanvullende stukken, verder literatuuronderzoek heeft verricht naar het gebruik van midazolam bij dystonie. Dit door op Pubmed te zoeken naar literatuur over de combinatie midazolam en dystonia. Opvallend bij de gevonden resultaten is dat de eerste artikelen op Pubmed gaan over dystonie die juist wordt veroorzaakt door het gebruik van midazolam. Tot slot geldt dat de overgelegde verklaring het standpunt van de ziektekostenverzekeraar niet wijzigt. In de betreffende verklaring van de collega arts wordt enkel genoemd dat hij zich kan vinden in de door de behandelend revalidatiearts beschreven argumentatie. Onduidelijk is hierbij welke argumentatie door hem wordt bedoeld.

5. Advies Zorginstituut

5.1. In het voorlopig advies van 20 mei 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Het Zorginstituut heeft op 12 mei 2024 een literatuursearch uitgevoerd in PubMed. De literatuursearch heeft geleid tot 32 hits. Geen van deze hits betreffen relevante studies waarin de effectiviteit van midazolam bij de indicatie van verzoekster onderzocht is. Hierom kan niet worden geconcludeerd dat het gebruik van midazolam wetenschappelijk bewezen werkzaam en effectief

blijkt bij H-EDS. Het gevolg hiervan is dat er ook niet kan worden geconcludeerd dat er sprake is van rationele farmacotherapie.

Conclusie

Midazolam komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering omdat geen sprake is van rationele farmacotherapie. De werkzaamheid en effectiviteit van midazolam bij deze indicatie zijn niet aangetoond op basis van wetenschappelijke literatuur.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan geen aanspraak maken op de vergoeding van midazolam ten laste van de basisverzekering, omdat er geen sprake is van rationele farmacotherapie.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over farmaceutische zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 7.2. De zorgverzekering biedt op grond van artikel B.4 dekking voor geregistreerde geneesmiddelen die zijn vermeld op bijlage 1 en bijlage 2 Rzv. Artikel B.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering is gebaseerd op artikel 2.8, eerste lid, onder a, Bzv.
Niet-geregistreerde geneesmiddelen, waaronder geneesmiddelen die zijn bereid door een apotheek, komen volgens artikel 2.8, eerste lid, onder b, Bzv alleen voor vergoeding in aanmerking als sprake is van rationele farmacotherapie. Dit houdt in de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt meest geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering.
Het staat vast dat midazolam neusspray 2,5 mg door een apotheek wordt bereid voor verzoekster zodat moet zijn voldaan aan voornoemde eis van rationele farmacotherapie. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 7.3. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 20 mei 2025 uiteengezet dat er op 12 mei 2025 door hem een literatuursearch is uitgevoerd in PubMed, om na te gaan of het gebruik van midazolam bij het Ehlers Danlos Syndroom, hypermobiele type (H-EDS), wetenschappelijk en bewezen effectief is. De gedane literatuursearch heeft geleid tot 32 resultaten in de medisch wetenschappelijke databases. Geen van deze gevonden bronnen in de literatuur betrof relevante studies waarin de effectiviteit van midazolam bij de indicatie van verzoekster is onderzocht. Op deze reden kan niet worden geconcludeerd dat het gebruik van midazolam wetenschappelijk bewezen werkzaam en effectief blijkt bij H-EDS, zodat midazolam bij de H-EDS niet kan worden beschouwd als rationele farmacotherapie. Dit advies is, blijkens de brief van het Zorginstituut van 10 juli 2025, definitief. De commissie volgt dit advies van het Zorginstituut. Dit betekent dat het gebruik van de

apotheekbereiding midazolam neusspray 2,5 mg bij de aandoening van verzoekster (H-EDS) geen verzekerde prestatie is op basis van de zorgverzekering.

Coulance

- 7.4. Verzoekster heeft expliciet een beroep gedaan op coulance door de ziektekostenverzekeraar. Daarbij heeft zij aandacht gevraagd voor het feit dat midazolam neusspray 2,5 mg op dit moment de enige oplossing is voor haar probleem. Hiernaast heeft verzoekster aangevoerd dat zij de kosten van de neusspray, gelet op het frequente gebruik, onmogelijk zelf kan betalen. Waar het gaat om het toepassen van coulance, geldt dat dit een handelen uit welwillendheid vanuit de zorgverzekeraar is. Het coulancebeleid is dan ook aan de ziektekostenverzekeraar voorbehouden en de commissie kan op dit punt niet in diens beslissing treden. De commissie kan slechts dan een onverplichte vergoeding in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden toekennen als de ziektekostenverzekeraar gelijke gevallen zonder goede reden ongelijk behandelt. Gesteld noch gebleken is echter dat dit in de situatie van verzoekster aan de orde is.

Slotsom

- 7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 augustus 2025,

A. de Ruijter

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

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

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

Hulpmiddelen

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

B.3 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

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

Voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Heeft u een hulpmiddel nodig dat deel uitmaakt van medisch-specialistische zorg? Dan heeft u geen recht op hulpmiddelen op basis van dit artikel. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel [B.28](#).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

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

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

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

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

B.4 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

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

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

U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:

- a. 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. GVS staat voor Geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden en wat de maximale vergoeding is. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract heeft afgesloten of een apotheek zonder contract; en
- b. andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:
 - geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheek in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, wanneer het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
 - geneesmiddelen die volgens artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet; en
- c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Wettelijke eigen bijdrage

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

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

Voorwaarden voor het recht op geneesmiddelen en dieetpreparaten

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

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

Voorwaarden voor het recht op (deel)prestaties

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

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

Let op!

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

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

- 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 gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- 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.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

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

Mond en tanden (mondzorg)

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

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

B.5 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

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

Let op!

In andere gevallen valt orthodontie niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende 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, huisarts, kaakchirurg of medisch specialist u hebben doorverwezen.
- U heeft een blijvende ontwikkelings- of groeistoornis die leidt tot een ernstige functiebeperking en deze is in ernst vergelijkbaar met een lip-, kaak- of verhemeltespleet (schisis).
- Voor deze behandeling is mededagnostiek of medebehandeling van een kaakchirurg of 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, lichtfoto's en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- U heeft alleen recht op vergoeding van de kosten van vacuümgevormde beugels/aligners als daar op grond van de beoordeling van uw individuele situatie een medische reden voor is of als de kosten van de behandeling met vacuümgevormde beugels/aligners niet hoger zijn dan die van de behandeling met andersoortige beugels.

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;
 - c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
2. Farmaceutische zorg omvat geen:
 - a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
 - b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
 - c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
 - e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.
3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.
4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.
5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.

In die ministeriële regeling wordt tevens de aanvraagprocedure voor de aanwijzing geregeld, worden regels gesteld met betrekking tot de systematiek van de indeling in groepen van onderling

vervangbare geneesmiddelen en worden regels gesteld met betrekking tot de vaststelling van een vergoedingslimiet voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.

6. In afwijking van het vijfde lid kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat voor bij die regeling aangewezen groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen de vergoedingslimiet kan worden herberekend of buiten werking kan worden gesteld.