



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem

Zaak : Farmaceutische zorg, methylfenidaat retard 27,5 mg en 2,5 mg

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 : 201801498

Zittingsdatum : 4 september 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te B,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 21 maart 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de middelen methyfenidaat retard 27,5 mg en 2,5 mg aan hem te vergoeden (hierna: het verzoek).
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 juni 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 25 juni 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 23 juli 2019 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019033764) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht en geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. Een afschrift is op 26 juli 2019 aan partijen gestuurd. Verzoeker heeft hierop bij brief van 1 augustus 2019 gereageerd. Een afschrift hiervan is op 2 augustus 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 september 2019 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 6 september 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 2 oktober 2019 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht en geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. Een afschrift hiervan is op 7 oktober 2019 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben zij geen gebruik gemaakt.
- 2.6. Bij brief van 5 november 2019 heeft de commissie het Zorginstituut verzocht om aanvullende informatie. De aanvullende informatie heeft zij bij brief van 2 december 2019 van het Zorginstituut ontvangen. Een kopie hiervan is dezelfde dag aan partijen gestuurd. Hen is de gelegenheid geboden op de brief van het Zorginstituut te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 11 december 2019 van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie hiervan is op 13 december 2019 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering GemeentePakket Compleet, € 0 eigen risico (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar vergoedde in 2016 methylfenidaat retard onverplicht aan zijn verzekerden, tot het maximum van de 'GVS-limiet'. In 2017 heeft hij methylfenidaat retard van de Regenboogapothek bij wijze van overgangsregeling nog vergoed aan zijn verzekerden. Als voorwaarde gold dat de betreffende verzekerde dit middel in 2016 ook al gebruikte en het in 2017 dus geen eerste aflevering betrof. Met ingang van 2018 worden de kosten niet meer door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
De Regenboogapothek heeft op 21 december 2017 voor het eerst methylfenidaat retard 27,5 mg en 2,5 mg aan verzoeker geleverd. De apothek heeft de kosten hiervan op 5 januari 2018 rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Laatstgenoemde heeft de nota vergoed. Het later door de Regenboogapothek aan verzoeker geleverde methylfenidaat retard heeft hij niet vergoed.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 juni 2018 - bij monde van de apothek - aan verzoeker meegedeeld dat hij de middelen methylfenidaat retard 27,5 mg en 2,5 mg niet meer vergoedt.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 11 september 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.5. De huisarts heeft bij brief van 23 oktober 2018 over verzoeker verklaard:
“(…)
*Bovengenoemde patiënt slikt al jaren methylfenidaat retard in een dosering van 32,5 mg 1x daags vanwege zijn ADHD. Als comorbiditeit heeft hij een pervasieve ontwikkelingsstoornis in het autisme spectrum, ook wel ASS genoemd.
Deze combinatie maakt een betrouwbare behandeling met alleen methylfenidaat (in een niet-retard vorm) voor hem lastig en daarmee minder betrouwbaar. Voor zijn functioneren is deze medicatie zeer belangrijk.
In het verleden heeft hij te kampen gehad met diepe depressies t.g.v. het slecht kunnen functioneren t.g.v. zijn beide aandoeningen; met veel moeite is inmiddels een redelijk evenwicht bereikt. Ik acht het voor hem van groot belang dat dit evenwicht niet wordt verstoord.
(…)”*
- 3.6. De huisarts heeft bij brief van 3 januari 2019 over verzoeker verklaard:
“(…)
*Bovengenoemde patiënt slikt al jaren methylfenidaat retard vanwege zijn ADD, daarnaast heeft hij een stoornis i[n] het autisme spectrum waardoor veranderingen voor hem moeilijk zijn. Met een uitgebreide neurofeedback therapie is de noodzaak van methylfenidaat verminderd.
In overleg met mij als huisarts en met zijn behandelaar is ervoor gekozen om met dezelfde voor hem goed werkzame methylfenidaat retard door te gaan, maar te proberen of de dosering heel geleidelijk in kleine stapjes kan worden verminderd. Hiervoor is een schema gemaakt i.o.m. de regenboog apothek om de voor he[m] veilige en vertrouwde medicatie heel langzaam iets te verlagen. Tot nu toe gaat dit goed al geeft elke verlaging kortdurend even klachten.
Hij slikte in 2017 en een deel van 2018 36 mg methylfenidaat p dag; inmiddels slikt hij 27,5 mg per dag. De bedoeling is dat deze dosering nog steeds in veilige stapjes verder verlaagd word[t] zolang dat mogelijk is.
Overstappen op andere medicatie is voor hem onveilig en kan dit hele proces teniet doen.
Huidige probleemlijst:*

08 - 1997 ADHD/pervasieve ontw stoornis P21
 06 - 2013 depressieve KL P76
 02 - 2014 stoornis autismespectrum P29
 (...)"

3.7. Bij brief van 23 juli 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"(...) Er bestaan twee vormen geneesmiddelen met methylfenidaat: een tablet met een directe werking en een retard vorm. Geneesmiddelen met methylfenidaat in de retard vorm hebben een vertraagde afgifte en de werkingsduur vari[eert] van circa 8-12 uur afhankelijk van de formulering. Vanwege verschillen in kinetiek zijn preparaten met gereguleerde afgifte niet zonder meer onderling uitwisselbaar.

In de Samenvatting van productkenmerken van het geneesmiddel Methylfenidaat HCl Mylan Retard is het volgende vermeld: De onmiddellijke afgifte component geeft een maximale start plasma concentratie na 1,35 uur en de verlengde afgifte component geeft een tweede piek concentratie na ongeveer 5,30 uur. Klinische studies toonden dat het effect van methylfenidaat behouden werd tot 12 uur na dosisname wanneer het geneesmiddel eenmaal daags in de ochtend werd ingenomen. (...)

Van het middel Methylfenidaat HCl Mylan Retard bestaan naast een tablet van 36 mg (het product dat verzoeker eerder heeft gebruikt) ook tabletten met andere sterktes, namelijk 18 mg, 27 mg en 54 mg. Van deze retard tabletten mag verwacht worden dat het kinetisch profiel vergelijkbaar is.

In de Samenvatting van productkenmerken van de Mylan producten is ook aangegeven dat de tablet kan worden verdeeld in gelijke doses: er is een breukstreep aanwezig aan beide zijde[n].

Het kinetisch profiel van de apotheekbereidingen Methylfenidaat retard 22,5 mg en 2,5 mg van de Regenboogapotheek is niet bekend.

Indien men een dosisverlaging overweegt, dan lijkt een product van Mylan het meest voor de hand liggen. Het is een geregistreerd geneesmiddel waarvan de balans van werkzaamheid en veiligheid positief is beoordeeld door de registratie autoriteit en daarnaast is het voor verzoeker vertrouwde medicatie met eenzelfde farmacokinetisch profiel en hulpstoffen. Ook bestaan er preparaten met een lagere sterkte die eventueel ook verdeeld kunnen worden. Deze voordelen hebben de apotheekbereidingen met Methylfenidaat retard van de Regenboog apotheek niet. Tot slot kan het minimale verschil in dosering per tablet (27 mg vs 27,5 mg) niet klinisch relevant worden genoemd. Voor de gewenste dosisaanpassing zijn adequate geregistreerde geneesmiddelen beschikbaar.

Conclusie

De apotheekbereidingen komen niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering omdat er op basis van de informatie in het dossier niet geconcludeerd kan worden dat er sprake is van rationele farmacotherapie en er een geregistreerd (nagenoeg) gelijkwaardig geneesmiddel beschikbaar is. (...)"

3.8. Bij brief van 2 oktober 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"(...)

Beoordeling

In het voorlopig advies is aangegeven dat apotheekbereidingen voor vergoeding in aanmerking komen indien er sprake is van rationele farmacotherapie en er geen geregistreerd (nagenoeg) gelijkwaardig geneesmiddel beschikbaar is. Uit de aanvullende stukken blijkt dat verzoeker inmiddels verder heeft afgebouwd van 27,5 mg naar 12,5 mg. Zoals ook beschreven in het voorlopig advies ligt nog steeds bij het overwegen van een dosisverlaging een product van Mylan het meest voor de hand. Er is een tablet van 27 mg methylfenidaat retard van Mylan verkrijgbaar met een breukstreep. Hiermee kan een dosering van 13,5 mg worden verkregen. Het minimaal verschil in dosering per tablet (12,5 mg vs 13,5 mg) kan niet klinisch relevant worden genoemd. Voor de gewenste dosisaanpassing zijn adequate geregistreerde geneesmiddelen aanwezig. Derhalve komt de apotheekbereiding niet voor vergoeding in aanmerking.

Vraag SKGZ

De commissie heeft de volgende vraag gesteld:

Verzoeker moet op voorschrift van zijn huisarts het gebruik van het middel methylfenidaat retard afbouwen in stappen van 2,5 mg. Is voor de afbouw van dit middel in stappen van 2,5 mg een geregistreerd geneesmiddel beschikbaar of is hiervoor een magistrale bereiding noodzakelijk?

Voor het afbouwen in stappen van 2,5 mg is geen geregistreerd geneesmiddel beschikbaar [dat] hetzelfde kinetisch profiel heeft als het product van Mylan, wat verzoeker voorafgaand aan de afbouw gebruikte. Er zijn ook geen andere geregistreerde producten met methylfenidaat retard, die het afbouwen in stappen van 2,5 mg kunnen faciliteren. Dat betekent niet dat de apotheekbereiding voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering. Er dient ook sprake te zijn van rationele farmacotherapie. Dat verzoeker het afbouwen met stappen van 9 en 6 mg als te snel heeft ervaren kan niet worden tegengesproken. Er is echter meer bewijs nodig voor het afbouwen van de medicatie in stappen van 2,5 mg. De voorgestelde manier van afbouwen in stappen van 2,5 mg is niet wetenschappelijk onderzocht en volgt ook niet uit de richtlijnen.

Conclusie

Er kan op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet geconcludeerd worden dat sprake is van rationele farmacotherapie voor het afbouwen in stappen van 2,5 mg en er is een geregistreerd (nagenoeg) gelijkwaardig geneesmiddel beschikbaar voor de apotheekbereidingen van 12,5 en 27,5 mg (de initiële aangevraagde sterkte) methylfenidaat retard. De apotheekbereidingen met methylfenidaat retard in de sterktes 27,5 mg, 12,5 mg en 2,5 mg van de Regenboog apotheek komen niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. (...)"

3.9. Bij brief van 2 december 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"(...)

Vraag 1

In uw definitief advies schrijft u: "Dat verzoeker het afbouwen met stappen van 9 en 6 mg als te snel heeft ervaren[,] kan niet worden tegengesproken." Het is de Geschillencommissie Zorgverzekeringen niet duidelijk of u hiermee bedoelt dat de klachten die verzoeker ervoer objectief gezien zijn vastgesteld - en zo ja, door wie - dan wel dat zijn subjectieve ervaring van de klachten niet kan worden tegengesproken. Kunt u hierover uitsluitsel geven?

Antwoord

Het Zorginstituut bedoelt hiermee dat de subjectieve ervaring van verzoeker niet kan worden tegengesproken. Uit het dossier blijkt namelijk niet dat de klachten objectief zijn vastgesteld.

Vraag 2

Onder voorwaarden wordt methylfenidaat 2,5 mg (zonder gereguleerde afgifte) vergoed ten laste van de zorgverzekering. Dit blijkt uit de website www.medicijnkosten.nl. Het doet tevens vermoeden dat niet alleen een afbouw tot 2,5 mg, maar ook een afbouw in stappen van 2,5 mg niet ongebruikelijk is. Hoe verhoudt dit laatste zich tot uw conclusie dat meer bewijs nodig is voor het afbouwen van methylfenidaat retard in stappen van 2,5 mg?

Antwoord

Methylfenidaat 2,5 mg zonder gereguleerde afgifte wordt gebruikt om de optimale dosering te kunnen bereiken. Dit wordt bewerkstelligd door de patiënt met een startdosering methylfenidaat te laten beginnen (4 maal daags 10 mg volgens de Nederlandse richtlijn 'ADHD bij volwassenen Fase I - Diagnostiek en medicamenteuze behandeling') en deze eventueel te verhogen tot de gewenste balans tussen gunstige en ongunstige effecten wordt bereikt. Dit verhogen kan eventueel in stappen van 2,5 mg worden gedaan. Het afbouwen tot en in stappen van 2,5 mg wordt in geen enkele richtlijn genoemd (zie ook het antwoord op vraag 4 en 5). Dat een dosering van 2,5 mg methylfenidaat zonder gereguleerde afgifte vergoed wordt beteken[t] niet dat deze dosering op zichzelf rationeel is. Daarnaast is de door u gesuggereerde afbouw van 2,5 mg methylfenidaat zonder gereguleerde afgifte niet te vergelijken met de afbouw van 2,5 mg methylfenidaat retard. De farmacokinetiek van deze producten is verschillend. De maximale spiegel van de werkzame stof in het bloed zal bij 2,5 mg methylfenidaat retard velen malen kleiner zijn dan de maximale spiegel van methylfenidaat zonder gereguleerde afgifte. Het feit dat er een tablet met 2,5 mg methylfenidaat (zonder gereguleerde afgifte) voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering betekent niet dat er sprake is van rationele farmacotherapie in het geval van verzoeker.

Vraag 3

Kunt u daarnaast toelichten wat moet worden verstaan onder 'bewijs'?

Antwoord

Onder bewijs verstaat het Zorginstituut dat de effectiviteit en werkzaamheid van het afbouwen in stappen van 2,5 mg blijkt uit de wetenschappelijke literatuur.

Vraag 4 en 5

Voorts vraagt de Geschillencommissie Zorgverzekeringen zich af met welke afbouwdoseringen methylfenidaat retard reeds ervaring is opgedaan en welke onderzoeken naar de afbouw van methylfenidaat retard in kleine stappen, zoals 2,5 mg, beschikbaar zijn?

Antwoord

Het Zorginstituut heeft naar aanleiding van dit geschil een zoekopdracht uitgevoerd in PubMed naar publicaties betreffende afbouwschema's (tapering) van methylfenidaat (zowel zonder gereguleerde afgifte als de retard vorm) en naar de rationale van gebruik van 2,5 mg dosering methylfenidaat retard. In een document van de WHO wordt afbouwen van methylfenidaat genoemd om onttrekkingsverschijnselen te voorkomen. Er wordt in dit document niet gespecificeerd in welke stappen en in hoeveel dagen dit zou moeten gebeuren. Er zijn geen studies gevonden waarin de afbouw van methylfenidaat retard in kleine stappen, zoals 2,5 mg is onderzocht. Daarnaast wordt afbouwen van methylfenidaat retard in geen enkele Nederlandse richtlijn aanbevolen. Ook in internationale richtlijnen wordt dit niet genoemd.

Vraag 6

Verder wil zij graag van u weten tot welke dosering methylfenidaat retard nog enige werking heeft?

Antwoord

Volgens de samenvatting van de productkenmerken van methylfenidaat retard is in 889 volwassenen met ADHD in de leeftijd van 18 tot 65 jaar enige kortdurende werkzaamheid aangetoond voor methylfenidaat in een dosisbereik van 18 tot 72 mg/dag.

Vraag 7

Kunt u voorts toelichten welke bezwaren zijn verbonden aan het afbouwen van methylfenidaat retard in kleine stappen, zoals 2,5 mg?

Antwoord

Om voor vergoeding in aanmerking te komen ten laste van de basisverzekering dient er sprake te zijn van rationele farmacotherapie. Omdat op basis van wetenschappelijke literatuur niet aangetoond is dat afbouwen in stappen van 2,5 mg werkzaam en effectief is, kan methylfenidaat retard 2,5 mg niet vergoed worden ten laste van de basisverzekering.

Vraag 8

In de meest actuele Nederlandse richtlijn 'ADHD bij volwassenen Fase I - Diagnostiek en medicamenteuze behandeling' is niets vermeld over het afbouwen van medicatie. Aan de andere kant wordt hierin in algemene zin benadrukt dat de dosering zorgvuldig en op basis van de individuele behoefte en noodzaak moet worden bepaald. Dit laatste lijkt te zijn gebeurd. De huisarts heeft in overleg met de behandelaar en de apotheek namelijk geoordeeld dat vanwege de combinatie van ADD en een stoornis in het autistisch spectrum een zeer geleidelijke afbouw van methylfenidaat retard in stappen van 2,5 mg bij verzoeker noodzakelijk is. Hoe verhoudt dit zich tot uw conclusie dat de voorgestelde manier van afbouwen niet volgt uit de richtlijnen?

Antwoord

Het is inderdaad van belang om de patiënt zorgvuldig en op basis van de individuele behoefte en noodzaak in te stellen op de juiste dosering. Dit wordt bewerkstelligd door rustig op te bouwen vanaf de startdosering naar de optimale dosering (balans tussen gunstige en ongunstige effecten). In de door u genoemde richtlijn wordt een startdosering van 4x10 mg methylfenidaat per dag of een langwerkend methylfenidaat met een equivalente (vergelijkbare) dosering genoemd. Vanuit deze minimale dosering kan de dosering met kleinere stappen worden verhoogd om zo de optimale dosis te vinden (maximale werkzaamheid maar minimale bijwerkingen). Bij afbouwen van medicatie is deze zorgvuldigheid minder van belang omdat de ongunstige effecten door een te hoge dosering hier geen rol spelen. Het is wel mogelijk dat het lichaam gewend is aan de methylfenidaat en er bij abrupt stoppen een rebound effect ontstaat. Daardoor zou het beter kunnen zijn om in enkele dagen de dosering meermaals te halveren. Echter is er voor het afbouwen van methylfenidaat retard in stappen van 2,5 mg over een langere periode geen wetenschappelijke onderbouwing, zie ook het antwoord op vraag 4 en 5.

Vraag 9

Kunt u de Geschillencommissie Zorgverzekeringen daarbij informeren welke richtlijnen u heeft betrokken in uw beoordeling?

Antwoord

Het Zorginstituut heeft bij de beoordeling van het geschil de volgende richtlijnen betrokken:

- NHG standaard - ADHD bij kinderen
- Richtlijn van Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie - Richtlijn ADHD bij volwassenen (fase I)

- Richtlijndatabase - Methylfenidaat bij de behandeling van ADHD bij volwassenen
- NICE guideline (UK) - Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management
- World Health Organisation - Application for Inclusion to the 22nd Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines: METHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de middelen methylfenidaat retard 27,5 mg en 2,5 mg te vergoeden.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op 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

- 6.2. De vraag die, gelet op artikel 33 van de zorgverzekering, moet worden beantwoord, is of de middelen methylfenidaat retard 27,5 mg en 2,5 mg, geregistreerde geneesmiddelen zijn. Als dit het geval is, moet worden beoordeeld of deze middelen door de Minister van VWS zijn aangewezen. 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 rationale farmacotherapie. Onder dit laatste wordt verstaan een behandeling 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 zorgverzekeraar onderscheidenlijk de patiënt. Een 'orphan drug' is een geneesmiddel dat wordt voorgeschreven aan personen die lijden aan een ziekte die in niet vaker voorkomt dan bij één op de 150.000 inwoners. 'Magistrale receptuur' betreft een middel dat is bereid door een apotheker.
- 6.3. Methylfenidaat retard 27,5 mg en 2,5 mg behoren 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'. Methylfenidaat retard 27,5 mg en 2,5 mg zijn (doorgeleverde) magistrale bereidingen. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of bij deze middelen wordt voldaan aan de eis van rationale farmacotherapie.
- 6.4. Verzoeker heeft - in reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut - toegelicht dat hij in 2016 is begonnen met het verlagen van de dosering methylfenidaat retard. Er is toen afgebouwd in stappen van 9 mg. Deze vorm van afbouwen bleek, gelet op de hevige bijwerkingen, te snel. Nadien is afgebouwd in stappen van 6 mg tot 30 mg methylfenidaat retard. Ook deze vorm van afbouwen bleek - gelet op de bijwerkingen - te snel. Nadien is afgebouwd in stappen van 2,5 mg tot thans 12,5 mg methylfenidaat retard per dag, hetgeen succesvol is gebleken. Hieruit volgt dat verzoeker enkel verantwoord kon afbouwen in stappen van 2,5 mg en dat hij daarom alleen uit kon met de doorgeleverde magistrale bereidingen methylfenidaat retard 27,5 mg en 2,5 mg. Verzoeker verwijst

hierbij naar de verklaringen van zijn huisarts van 23 oktober 2018 en 3 januari 2019. Hij wijst voorts erop dat hij naast ADHD autisme heeft. Methylfenidaat kan als gevolg hiervan leiden tot (een nog grotere) overprikkeling waardoor adequaat functioneren niet meer mogelijk is of in het gedrang komt. Verzoeker stelt dat dit bij hem aan de orde was. Hij tekent verder aan dat er nauwelijks onderzoeken beschikbaar zijn naar de werking van methylfenidaat bij patiënten met ADHD en autisme. Dat iemand beide aandoeningen kan hebben, is pas in 2013 vastgesteld. Het gevolgde afbouwschema is afgestemd op de individuele behoefte van verzoeker. Het Zorginstituut lijkt te suggereren dat zijn individuele behoefte pas aan de orde is als sprake is van rationele farmacotherapie, waardoor verzoeker buiten de boot dreigt te vallen. Het Zorginstituut houdt geen rekening met de co-morbiditeit en baseert zijn standpunt over de afbouw uitsluitend op onderzoeksresultaten bij mensen met AD(H)D.

6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat geen sprake is van rationele farmacotherapie. Er zijn namelijk gelijkwaardige, geregistreerde alternatieven beschikbaar. Verzoeker had kunnen afbouwen van 36 mg naar 27 mg met het geregistreerde geneesmiddel methylfenidaat retard 27 mg in combinatie met het geregistreerde geneesmiddel methylfenidaat retard 5 mg of de magistrale bereiding methylfenidaat 2,5 mg (zonder gereguleerde afgifte). Laatstgenoemd middel wordt landelijk aangemerkt als rationele farmacotherapie. Het afbouwen van methylfenidaat retard in stappen van 2,5 mg is volgens de ziektekostenverzekeraar niet bewezen effectief.

6.6. Dat het afbouwschema volgens de betrokken hulpverleners medisch strikt noodzakelijk was en door hen is vastgesteld op basis van de individuele (zorg)behoefte van verzoeker vormt geen punt van geschil. Voor de aanspraak op de aan verzoeker (door)geleverde magistrale bereidingen is bepalend of het rationele farmacotherapie betreft. Gelet op de adviezen van het Zorginstituut van 23 juli 2019 en 2 oktober 2019 is bij het afbouwen van methylfenidaat retard in stappen van 2,5 mg geen sprake van rationele farmacotherapie. In de brief van 2 december 2019 is, op verzoek van de commissie, toegelicht hoe het Zorginstituut tot deze conclusie is gekomen. Bovendien is een (nagenoeg) gelijkwaardig geneesmiddel beschikbaar voor de (door)geleverde magistrale bereiding methylfenidaat retard 27,5 mg.

Verzoeker suggereert dat hij vanwege zijn autisme zou zijn aangewezen op het door hem gehanteerde afbouwschema. De relatie tussen deze aandoening (in combinatie met ADHD) en de gehanteerde wijze van afbouwen is door hem echter niet aannemelijk gemaakt. De suggestie van verzoeker dat dit voor hem niet mogelijk is vanwege het gebrek aan beschikbare onderzoeken over de afbouw van dit middel bij deze patiëntengroep en dat dit laatste is te wijten aan de omstandigheid dat pas in 2013 is vastgesteld dat ADHD en autisme kunnen samengaan, doet hieraan niets af. De stelplicht en bewijslast ter zake liggen, gelet op de artikelen 149 en 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, bij hem. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut van 2 oktober 2019 daarom over. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op de magistrale bereidingen methylfenidaat retard 27,5 mg en 2,5 mg ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

6.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de magistrale bereidingen methylfenidaat retard 27,5 mg en 2,5 mg. Het verzoek kan daarom niet op basis van deze verzekering worden toegekend.

Eerdere vergoeding

6.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de eerste keer dat aan verzoeker de middelen werden geleverd door de apotheek, de kosten hiervan vergoed. Dit was eind 2017. Verzoeker heeft in dit verband gesteld dat de ziektekostenverzekeraar hem niet (tijdig) heeft geïnformeerd over de omstandigheid dat de middelen in 2018 niet meer zouden worden vergoed. Als verzoeker dit had geweten, had hij de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering in 2018 niet laten doorlopen. De ziektekostenverzekeraar heeft hem eerst in juni 2018 geïnformeerd dat de middelen eind 2017 ten onrechte zijn vergoed. Verzoeker had, vanwege het ontbreken van enige berichtgeving hierover,

eerder geen reden een en ander uit te zoeken in de verzekeringsvoorwaarden. Hij was zijns inziens geheel te goeder trouw.

6.9. Verzoeker was in 2017 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd. Hij heeft in dat jaar voor het eerst methylfenidaat retard 27,5 mg en 2,5 mg door de apotheek geleverd gekregen. Verzoeker valt daarom niet onder de toen geldende overgangsregeling van de ziektekostenverzekeraar voor deze middelen. De ziektekostenverzekeraar heeft de nota voor de op 21 december 2017 aan hem geleverde middelen daarom ten onrechte vergoed. Hierbij was de ziektekostenverzekeraar zijns inziens te goeder trouw. Voorts was de apotheek op de hoogte van de in 2017 geldende overgangsregeling. De ziekte-kostenverzekeraar gaat dan ook ervan uit dat de apotheek verzoeker tijdig heeft geïnformeerd dat de kosten niet zouden worden vergoed. Hij verwijst in dit verband naar de website medicijnkosten.nl. De ziektekostenverzekeraar wijst voorts op het formulier van 15 juli 2018, dat door verzoeker is ondertekend. Dit formulier duidt erop dat verzoeker op dat moment op de hoogte was dat de kosten niet zouden worden vergoed. Ook het feit dat verzoeker de nota voor de apotheekbereidingen in 2018 zelf bij de ziektekostenverzekeraar heeft ingediend toont dit aan. De apotheek moet namelijk volgens de overeenkomst met de ziektekostenverzekeraar zorg die rationele farmacotherapie is rechtstreeks bij hem declareren. Als dit niet het geval is, wordt dit met de verzekerde besproken en komen de kosten voor diens rekening. Verzoeker is ook via verzekeringsvoorwaarden op de hoogte gebracht van de vergoedingen voor zorg. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat hij zich heeft gehouden aan zijn informatieplicht jegens verzoeker.

6.10. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar onweersproken heeft gesteld dat de apotheek de op 21 december 2017 aan verzoeker afgeleverde methylfenidaat retard 27,5 mg en 2,5 mg op 5 januari 2018 heeft gedeclareerd. Ook indien wordt aangenomen dat verzoeker niet door de apotheek werd geïnformeerd, had hij op 1 januari 2018 - de datum waartegen hij de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering kon opzeggen - dus geen duidelijkheid of deze middelen zouden worden vergoed, en zo ja, op grond waarvan. Naar de commissie begrijpt, zijn de methylfenidaat retard 27,5 mg en 2,5 mg destijds vergoed op basis van een overgangsregeling die eigenlijk niet op verzoeker van toepassing was. Van verzoeker wordt verwacht dat hij ermee bekend is dat de vergoeding voor zorg kan wijzigen. Het had, mede gelet hierop, op de weg van verzoeker gelegen uit te zoeken op welke grond de middelen zijn vergoed en of die vergoeding met ingang van 2018 mogelijk zou wijzigen. Gesteld noch gebleken is dat hij dit heeft gedaan. Integendeel, verzoeker heeft verklaard op het punt van de vergoeding van methylfenidaat retard 27,5 mg en 2,5 mg geen kennis te hebben genomen van de verzekeringsvoorwaarden. Een en ander klemt te meer vanwege het belang dat verzoeker naar zijn zeggen hechtte aan de vergoeding van methylfenidaat retard 27,5 mg en 2,5 mg: het al dan niet laten doorlopen van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering was hiervan volgens hem afhankelijk. De stelling van verzoeker faalt daarom.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 januari 2020,

G.R.J. de Groot

Artikel 33. Geneesmiddelen

Omschrijving

Uw recht op farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

Deze zorg omvat ook:

- terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel;
- terhandstelling en begeleidingsgesprek van een voor u nieuw receptplichtig geneesmiddel;
- instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel;
- medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik.

Geregistreerde geneesmiddelen

Met uitzondering van de werkzame stoffen waarvoor wij voorkeursgeneesmiddelen hebben aangewezen, hebt u recht op levering van de door de minister van VWS aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. U vindt de door de minister aangewezen geneesmiddelen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. U hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als u aan deze voorwaarden voldoet. U vindt deze geneesmiddelen en de voorwaarden in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

Voorkeursgeneesmiddelen (preferente geneesmiddelen)

Wij kunnen geneesmiddelen uit bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering aanwijzen als voorkeursgeneesmiddelen. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Als wij voor bepaalde werkzame stoffen met specifieke toedieningsweg bepaalde geneesmiddelen hebben aangewezen en andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en specifieke toedieningsweg niet, hebt u aanspraak op de door ons aangewezen geneesmiddelen. Maakt u geen gebruik van voorkeursgeneesmiddelen, dan vergoeden wij deze in principe niet. Alleen als uw arts aangeeft dat behandeling met het voorkeursmiddel voor u medisch niet verantwoord is, hebt u recht op een ander geneesmiddel.

Wij kunnen de lijst met aangewezen geneesmiddelen op ieder moment wijzigen. U ontvangt hierover van ons informatie. U vindt de lijst met aangewezen geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg op onze website.

Voorkeursbeleid geneesmiddelen (preferentiebeleid)

Preferentie betekent letterlijk voorkeur. Bij geneesmiddelen wil dat zeggen dat er voorkeur is voor lager geprijsde geneesmiddelen. Wij kunnen binnen een groep van gelijke geneesmiddelen (met dezelfde werkzame stof) een voorkeursgeneesmiddel aanwijzen. U vindt deze aangewezen voorkeursmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Het verplicht en vrijwillig eigen risico gelden niet voor deze voorkeursgeneesmiddelen. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, de begeleiding bij nieuwe medicatie of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van het eigen risico.

Zelfzorgmiddelen

U hebt recht op zelfzorgmiddelen als u deze geneesmiddelen langer dan 6 maanden moet gebruiken. U hebt alleen recht op laxeremiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen om de maag te legen en middelen tegen droge ogen, die zijn opgenomen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De eerste 15 dagen komen de kosten van het geneesmiddel voor uw rekening.

Niet-geregistreerde geneesmiddelen

U hebt recht op niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat ook het meest economisch is voor de zorgverzekering.

U hebt recht op de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

- apotheekbereidingen;
- geneesmiddelen die uw arts speciaal voor u bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van uw behandelend arts zijn ingevoerd. U hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als u een zeldzame aandoening hebt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

U hebt geen recht op:

- farmaceutische zorg voor een geneesmiddel dat geen verzekerde zorg is;
- voorlichting farmaceutische zelfmanagement voor patiëntengroep;
- advies farmaceutische zelfzorg;
- advies gebruik receptplichtige geneesmiddelen tijdens reis;
- advies ziekerisico bij reizen;
- farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
- preventieve reisgeneesmiddelen en reisvaccinaties;
- geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet door de minister van VWS is aangewezen;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties die bij Regeling zorgverzekering zijn uitgesloten. U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

Eigen bijdrage

U bent voor sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.

Eigen bijdrage geneesmiddelen

De minister van VWS bepaalt welke geneesmiddelen worden vergoed volgens de Zorgverzekeringswet en voor welke geneesmiddelen u een eigen bijdrage moet betalen. Als u moet bijbetalen voor een medicijn, dan telt deze eigen bijdrage niet mee voor uw eigen risicobedrag. Kijk voor meer informatie op onze website. U kunt voor informatie ook terecht bij uw apotheker.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Gebruikt u de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg? Dan geldt het eigen risico niet. Het eigen risico geldt ook niet voor de door ons geselecteerde zorgaanbieders voor de proeftuin Blauwe Zorg in de regio Maastricht en Heuveland, voor zover zij de door ons geselecteerde voorkeurslongmedicatie leveren. U vindt de geselecteerde zorgaanbieders en voorkeurslongmedicatie in het Reglement farmaceutische zorg bijlage D en E. U kunt ook kiezen voor andere longmedicatie, die niet als voorkeurslongmedicatie is geselecteerd. In dat geval geldt het verplicht en vrijwillig eigen risico wel.

Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie wel onder het eigen risico vallen. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Wie mag de zorg verlenen

Apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Recept (voorschrift)

Huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

1. U hebt vooraf onze toestemming nodig voor een aantal geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Wij kunnen de lijst met deze geneesmiddelen tussentijds aanpassen. U ontvangt hierover informatie. Voor het aanvragen van toestemming kan uw arts een artsenverklaring van www.znformulieren.nl of een toestemmingsformulier van onze website downloaden en invullen.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan het door uw arts ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren. Uw apotheker beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw apotheek wilt inleveren, dan kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan vooraf toestemming vragen door het formulier rechtstreeks bij ons in te dienen. Kijk voor het adres voor in de voorwaarden of op onze website.

2. U hebt vooraf onze toestemming nodig voor de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:
 - een aantal doorgeleverde apotheekbereidingen (op maat gemaakte medicijnen). Dit zijn bereidingen die een apotheek maakt en aan uw apotheek levert;
 - geneesmiddelen die uw arts speciaal voor u bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van uw behandelend arts zijn ingevoerd.

De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Bijzonderheden

1. Add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren die zijn opgenomen in de G-standaard van de firma Z-Index worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.
2. Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname, dagbehandeling of polikliniekbezoek en farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.

Anticonceptiemiddelen

Bent u jonger dan 21 jaar? Dan hebt u recht op anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium. Voor sommige middelen is een eigen bijdrage van toepassing.

Bent u 21 jaar of ouder? U hebt alleen recht op anticonceptiemiddelen als u deze middelen gebruikt voor de behandeling van endometriose of menorrhagie (als er sprake is van bloedarmoede). Als u geen recht hebt op deze vergoeding, dan krijgt u de kosten van het anticonceptiemiddel mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

Ongeacht uw leeftijd, hebt u recht op het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje of implanonstaafje door een huisarts of een medisch specialist. Voor het plaatsen of verwijderen van een spiraaltje mag u ook naar een daartoe gecertificeerde verloskundige.

Artikel 34. Dieetpreparaten

Omschrijving

U hebt recht op polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

U hebt alleen recht op deze dieetpreparaten als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- a. lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
- b. lijdt aan een voedselallergie;
- c. lijdt aan een resorptiestoornis;
- d. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of;
- e. daarop bent aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroeps-groepen zijn aanvaard.

Voorkeursdrinkvoeding (voorkeursproducten)

Wij kunnen voor enkele groepen drinkvoeding waarop u recht hebt op basis van dit artikel, voorkeursproducten selecteren. Er is dan voorkeur voor lager geprijsde drinkvoeding (van een bepaalde fabrikant en/of een bepaald merk). U vindt de lijst met de door ons geselecteerde drinkvoeding in het Reglement farmaceutische zorg op onze website. Wij kunnen de lijst met geselecteerde drinkvoedingen (voorkeursproducten) op ieder moment wijzigen. U ontvangt hierover van ons informatie.

Uw voordeel

Gebruikt u de door ons geselecteerde voorkeursdrinkvoeding? Dan hebt u een voordeel. Het verplicht en vrijwillig eigen risico gelden dan namelijk niet. U kunt ook kiezen voor andere drinkvoeding, die niet als voorkeursdrinkvoeding is geselecteerd. In dat geval geldt het verplicht en vrijwillig eigen risico wel.

Artikel 10. Klachten en geschillen

10.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht gemakkelijk indienen via het online klachtenformulier op onze website. Bent u niet in de gelegenheid om uw klacht digitaal in te dienen? Dan kunt u uw klacht schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

10.2. e-Court

Als u premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet tijdig hebt betaald, kunnen wij een procedure starten bij de Stichting e-Court. Als u een oproep voor een procedure bij e-Court hebt ontvangen, kunt u een maand bezwaar maken tegen deze procedure. In dat geval starten wij een procedure bij de burgerlijke rechter, tenzij u het geschil voorlegt aan de SKGZ. De wettelijke regels en het procesreglement zijn op de procedure bij e-Court van toepassing. U vindt deze op www.e-court.nl.

10.3. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 7. Klachten en geschillen

7.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement.

U kunt ervan uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering(en) goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht gemakkelijk indienen via het online klachtenformulier op onze website. Bent u niet in de gelegenheid om uw klacht digitaal in te dienen? Dan kunt u uw klacht schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
 - Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
 - Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.
-

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

7.2. e-Court

Als u premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet tijdig hebt betaald, kunnen wij een procedure starten bij de Stichting e-Court. Als u een oproep voor een procedure bij e-Court hebt ontvangen, kunt u een maand bezwaar maken tegen deze procedure. In dat geval starten wij een procedure bij de burgerlijke rechter, tenzij u het geschil voorlegt aan de SKGZ. De wettelijke regels en het procesreglement zijn op de procedure bij e-Court van toepassing. U vindt deze op www.e-court.nl.

7.3. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dankunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering. U kunt voor deze bemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.