

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Turkije, farmaceutische zorg, hoogte vergoeding, terugvordering
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018-2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.1 Rzv, artikel 13
Nederlands-Turks verdrag inzake sociale zekerheid
Zaaknummer : 202100792
Zittingsdatum : 8 juni 2022

1. Partijen

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 24 augustus 2021 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een niet-bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan. Op 14 september 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Bij formulier van 14 maart 2022 heeft verzoeker alsnog ingestemd met een bindend advies.
- 2.2. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 16 november 2021 gevraagd vóór 16 december 2021 op het geschil te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie vervolgens om uitstel verzocht en heeft dit verkregen, waarna hij bij brief van 24 december 2021 zijn standpunt aan de commissie heeft toegelicht. Een afschrift hiervan is op 30 december 2021 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 16 mei 2022 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022009191) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 17 mei 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 juni 2022 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.
- 2.5. Bij brief van 10 juni 2022 is verzoeker gevraagd een aanvullende verklaring van de huisarts over te leggen, waaruit blijkt voor welke periode de geneesmiddelen Sumatriptan, Sandomigran en Gabapentine aan verzoeker zijn voorgeschreven en in welke dosering. Bij e-mailbericht van 20 juni 2022 heeft verzoeker de gevraagde informatie aangeleverd. Kopieën hiervan zijn bij brief van 24 juni 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren.
- 2.6. Bij brief van 15 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd en verklaard dat hij op basis van de verklaring van de huisarts bereid is aan verzoeker een aanvullende vergoeding toe te kennen van € 5.384,69 voor de geneesmiddelen sumatriptan, sandomigran en gabapentine over de periode van 1 januari 2018 tot en met 3 november 2021. Een kopie van de reactie is op 15 juli 2022 aan verzoeker gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren.

Bij brief van 23 juli 2022 heeft verzoeker verklaard dat hij zich kan vinden in de toegezegde vergoeding van sandomigran en gabapentine, maar dat hij zijn standpunt handhaaft ten aanzien van de aanspraak op sumatriptan. Een afschrift van de reactie van verzoeker is op 26 juli 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 28 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij zijn standpunt voor het overige handhaaft. Een kopie van deze brief is op dezelfde datum aan verzoeker gestuurd.

- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 16 mei 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 18 augustus 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was van 2018 tot en met 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering). In voornoemde periode had verzoeker tevens een aanvullende ziektekostenverzekering bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten. De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker is gediagnosticeerd met chronische cluster hoofdpijn. In dit verband gebruikt verzoeker de middelen gabapentine, sandomigran en sumatriptan/Imigran®. Verzoeker heeft deze middelen in de periode van 1 januari 2018 tot en met 31 december 2020 afgenomen bij apotheken in Nederland en in Turkije, waarna hij bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak heeft gemaakt op vergoeding van de kosten hiervan.
- 3.3. Bij brief van 10 juli 2018 heeft de huisarts over verzoeker verklaard:
*"(...) Bovenstaande patiënt is gediagnosticeerd met chronisch cluster hoofdpijn. Hij gebruikt de volgende medicijnen hiervoor:
Gabapentine tabl omh 600mg 3x per dag 2 tabletten
Sandomigran tabl omh 0,5mg 1x per dag 3 tabletten
Sumatriptan 6mg = 0,5ml wwsp maximaal 10x per dag 1 (...)"*
- 3.4. Bij brief van 29 juli 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij de rekeningen van de apotheek uit Turkije voor Imigran® tot en met 22 juni 2018 ten onrechte volledig heeft vergoed. Verder wordt verzoeker verzocht aanvullende informatie aan te leveren, waaruit blijkt dat het middel is voorgeschreven en in welke hoeveelheid. Voorts is vermeld dat sumatriptan/Imigran® na 22 juni 2018 niet meer wordt vergoed, als voornoemde informatie niet wordt toegezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft daarbij toegelicht dat op grond van de zorgverzekering recht bestaat op een vergoeding van maximaal 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief in Nederland.
- 3.5. Bij brief van 10 augustus 2018 heeft de behandelend neuroloog, in reactie op een brief van de ziektekostenverzekeraar, over verzoeker verklaard:
"(...) In antwoord op uw schrijven d.d. 6 april 2017 met betrekking tot het recept van [verzoeker, geboortedatum], kan ik u mededelen dat dit recept inderdaad door mij/onze instantie is uitgeschreven, inclusief de opmerking 'maximaal 8 per dag'. Ik ben mij zeer bewust van het feit dat er sprake is van een belachelijke/bijna onverantwoorde dosering van sumatriptan. (...)"

- 3.6. De behandelend neuroloog heeft met een ongedateerde brief een aanvullende reactie gegeven en hierin over verzoeker verklaard:
(...) Op uw verzoek reageer ik nogmaals rondom het medicatiegebruik van [verzoeker, geboortedatum]. Patiënt is al jarenlang bekend met een ernstige en invaliderende hoofdpijn. In 2010 is de diagnose chronische clusterhoofdpijn gesteld. Patiënt is ook uitvoerig door [naam arts], neuroloog in het LUMC onderzocht welke tot dezelfde conclusie kwam. Er zijn allerlei therapieën uitgetoetst, maar niets helpt behalve dan de huidige dosering Sumatriptan. Ik realiseer mij terdege dat deze dosering zeer ongebruikelijk is. Gelukkig is er geen schade te verwachten van langdurig gebruik, hieromtrent is inmiddels voldoende literatuur omhanden. (...)"
- 3.7. Bij brief van 13 augustus 2018 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn beslissing van 29 juli 2018 gevraagd. Uit het dossier blijkt niet dat de ziektekostenverzekeraar hierop (schriftelijk) heeft gereageerd.
- 3.8. Verzoeker heeft verschillende recepten overgelegd, waaruit blijkt welke medicatie aan hem is voorgeschreven. Hieronder wordt een overzicht van deze recepten weergegeven:
 - 20 september 2018, Deventer ziekenhuis, SUMATRIPTAN INJVLST 12MG/ML PAT 0,5ML+PEN, Dosering: zo nodig
 - 16 april 2020, Huisarts, SUMATRIPTAN 6MG = 0,5ML WWSP, 10 keer daags 1 injectie
 - 16 april 2020, Huisarts, GABAPENTINE TABL OMH 600MG, 3 keer per dag 2 tabletten
 - 26 oktober 2020, Huisarts, SUMATRIPTAN 6MG = 0,5ML WWSP, niet meer dan 8 keer per dag 1 dosis
- 3.9. Bij brief van 23 februari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat van hem een bedrag van € 5.366,54 wordt teruggevorderd, in verband met de onverschuldigde betaling van declaraties van de apotheek in Turkije over de periode van 10 november 2020 tot en met 30 december 2020.
- 3.10. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van voornoemde beslissing gevraagd. Bij brief van 6 augustus 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.11. Bij brief van 16 mei 2022 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie het volgende verklaard:

"(...) Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

De geneesmiddelen sumatriptan, gabapentine en sandomigran zijn alle drie opgenomen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en maken dan ook deel uit van het basispakket

Aanspraak sandomigran en gabapentine

Het dossier bevat een brief van de huisarts d.d. 10 juli 2018 waarin aangegeven wordt dat verzoeker sumatriptan, gabapentine en sandomigran gebruikt en in welke doseringen. Daarnaast is er een overzicht van de apotheek d.d. 26 november 2019 met dezelfde informatie aan het dossier toegevoegd. Het dossier bevat geen recente recepten voor sandomigran en gabapentine. Verweerder vergoedt de geneesmiddelen sandomigran en gabapentine niet wegens het ontbreken van een voorschrift van een arts. Een zorgverzekeraar kan op basis van artikel 14 Zvw in zijn polisvoorwaarden bepalen dat een verzekerde een recept nodig heeft voor het verkrijgen van een geneesmiddel ten laste van de basisverzekering. Het Zorginstituut adviseert in geschillen over de vraag of de zorg onderdeel uitmaakt van het basispakket en of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de zorg. Dit is niet in geschil. Het Zorginstituut adviseert niet over de vraag of aan de overige polisvoorwaarden van verweerder is voldaan. Dat is de taak van de SKGZ.

Aanspraak Sumatriptan

Het geneesmiddel sumatriptan is opgenomen in het GVS en komt derhalve voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Sumatriptan is opgenomen op bijlage 1A bij de Rzv. Dat betekent dat er geen extra voorwaarden aan de vergoeding zijn gesteld. Nu sumatriptan onderdeel uitmaakt van de basisverzekering is vervolgens de vraag aan de orde of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op 8-10 injecties per dag met sumatriptan.

De aanbevolen dosering van sumatriptan bij clusterhoofdpijn is 6 mg (1 dosis) voor iedere aanval en maximaal 12 mg (2 doses) per 24 uur. De door verzoeker gebruikte doseringen (maximaal 8-10 injecties per dag) liggen hoger dan de aanbevolen dosering. In PubMed is een literatuursearch uitgevoerd naar bewijs voor gebruik van sumatriptan in hogere doseringen (>12 mg/24u) bij patiënten met clusterhoofdpijn. De resultaten worden hieronder beschreven.

- In een case report van Turhal uit 2001 wordt beschreven dat een 36-jarige patiënt 66 injecties sumatriptan gebruikt voor de behandeling van zijn ernstige clusterhoofdpijn gedurende een periode van 4 weken. Bepaalde dagen gebruikt hij 6 injecties op 1 dag door het optreden van vele aanvallen van clusterhoofdpijn. De injectie sumatriptan zorgt ervoor dat zijn aanvallen stoppen. Er werden geen ongunstige effecten waargenomen door het gebruik van sumatriptan.
- In een case report van Kallweit et al. uit 2011 wordt beschreven dat een 49-jarige patiënt gedurende 15 jaar hoge doseringen sumatriptan gebruikt voor de behandeling van clusterhoofdpijn, variërend van 12-222 mg per dag. De therapie is effectief in het stoppen van de clusterhoofdpijnaanvallen. Daarnaast treedt er geen tolerantie op en worden er geen ongunstige effecten waargenomen.
- In een observationele studie van Leone et al. uit 2016 zijn 53 patiënten met chronische clusterhoofdpijn gedurende 2 jaar gevolgd. De patiënten gebruikten 2 tot 10 injecties sumatriptan per dag. Gedurende de follow-up periode werden er geen ernstige ongunstige effecten waargenomen en niemand staakte de behandeling met hoge dosering sumatriptan. Aan het einde van de studie beschouwden de patiënten sumatriptan nog steeds als 1e keuze in de behandeling van de hoofdpijn, ondanks dat 42% van de patiënten een subjectieve vermindering van effectiviteit van de injecties ervaarden.

Verzoeker is door verschillende neurologen behandeld voor de clusterhoofdpijn. Twee neurologen zijn tot de conclusie gekomen dat behandeling met een hoge dosering sumatriptan het enige is wat bij verzoeker werkt. Daarnaast wordt er benadrukt dat er geen schade is te verwachten bij langdurige gebruik. Zowel de effectiviteit als veiligheid wordt onderschreven in de literatuur.

Conclusie

Sumatriptan (Imigran®) is opgenomen in het GVS en komt voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Uit de beschikbare literatuur blijkt dat sumatriptan in hogere doseringen (>12 mg/24u) bij patiënten met clusterhoofdpijn veilig en effectief is. Daarnaast hebben twee neurologen een hoge dosering sumatriptan voorgeschreven en aangegeven dat dit het enige is wat werkt bij verzoeker. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op 8-10 injecties per dag met sumatriptan.

Voor wat betreft sandomigran en gabapentine is niet in geschil of de geneesmiddelen onderdeel uitmaken van de basisverzekering en of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op de zorg. Het Zorginstituut is niet bevoegd om te adviseren over het al dan niet ontbreken van een voorschrift van een arts. (...)"

- 3.12. Bij brief van 15 juni 2022 heeft de huisarts het medicatiepaspoort van verzoeker overgelegd. De inhoud hiervan luidt, voor zover hier relevant:

(...)

Dit is een overzicht van alle geneesmiddelen en het gebruik ervan. Dit paspoort bevat alle informatie die nodig is voor alle (mede)behandelaars.

(...)

Geneesmiddelen:

Voor continu gebruik:

<i>Etiketnaam</i>	<i>Dosering</i>	<i>Start datum</i>
GABAPENTINE	3 keer per dag 2	17-06-2016
TABL OMH 600MG	tabletten	
SANDOMIGRAN	1 keer per dag 3	20-02-2014
TABL OMH 0,5MG	tabletten	

Voor 'zo nodig' gebruik:

<i>Etiketnaam</i>	<i>Dosering</i>	<i>Start datum</i>
IMIGRAN INI	niet meer dan 8 keer	23-10-2020
6MG=0,5ML PENF	per dag 1 dosis	

(...)"

4. Het geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie - na wijziging van zijn verzoek - verzocht te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar de door hem gedeclareerde kosten voor sumatriptan/Imigran® en Artelac® volledig dient te vergoeden;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar in 2020 ten onrechte de uitgekeerde vergoeding voor sumatriptan/Imigran® van hem heeft teruggevorderd.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

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.

Standpunt verzoeker

6.2. Verzoeker verklaart dat hij bekend is met extreme chronische clusterhoofdpijn en hiervoor geneesmiddelen gebruikt, te weten sandomigran (3x per dag), gabapentine (6x per dag) en sumatriptan (8-10 injecties per dag). Deze geneesmiddelen neemt verzoeker zowel af bij een apotheek in Nederland als bij een apotheek in Turkije. De hiermee samenhangende kosten declareert hij al vanaf 2018 bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar vergoedde tot 22 juni 2018 alle zorgkosten die verzoeker in Turkije heeft gemaakt. In de periode van 22 juni 2018 tot 28 oktober 2018 werd hiervan maar 75% tot 80% vergoed. Van 30 oktober 2018 tot en met 28 december 2018 werden de gedeclareerde kosten weer volledig vergoed. In 2019 en 2020 werden sandomigran en gabapentine volledig vergoed, maar sumatriptan slechts voor 75% tot 85%. Volgens verzoeker is het onterecht dat aan hem geen volledige vergoeding wordt toegekend voor alle geneesmiddelen. In de verzekeringsvoorwaarden staat immers dat geneesmiddelen tot 100% worden vergoed, exclusief de eigen bijdrage, mits de gemaakte medicijnkosten niet hoger zijn dan het Nederlandse tarief. In dit verband heeft verzoeker verwezen naar een overzicht, waaruit blijkt dat sumatriptan in de jaren 2018 tot en met 2020 een lagere kostprijs kende in Turkije dan in Nederland, zodat hij recht had op volledige vergoeding hiervan.

Verder heeft verzoeker betwist dat hij geen voorschrift heeft van een arts voor de geneesmiddelen die hij gebruikt. Volgens verzoeker is sandomigran op 20 februari 2014 en gabapentine op 17 juni 2016 voor het eerst aan hem voorgeschreven en sindsdien vergoed. Voor deze geneesmiddelen zijn voor het laatst op 22 maart 2022 herhaalrecepten uitgeschreven. De ziektekostenverzekeraar weet, of behoort dit te weten, omdat verzoeker hem toestemming heeft gegeven zijn medisch dossier in te zien.

Gelet op het voorgaande is verzoeker van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte geen volledige vergoeding aan hem heeft toegekend voor voornoemde geneesmiddelen en dat hij ten onrechte een deel van de vergoeding die in 2020 is toegekend van hem heeft teruggevorderd. Volgens verzoeker heeft hij hierdoor een vergoeding van in totaal € 6.353,58 misgelopen, namelijk voor sumatriptan (€ 6.257,31), gabapentine (€ 61,16), sandomigran (€ 26,89) en Artelac® (€ 8,22).

Lopende de onderhavige procedure heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd alsnog een vergoeding toe te kennen van € 265,50 voor gabapentine en sandomigran. Hierin kan verzoeker zich vinden, zodat dit niet langer onderwerp is van geschil.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij de kosten van sumatriptan heeft vergoed. Tot 30 juni 2018 werd het geneesmiddel volledig vergoed. Vanaf 30 juni 2018 werd het geneesmiddel - overeenkomstig de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden - vergoed tot 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief voor zover het middel werd afgenomen bij een niet-gecontracteerde apotheek, zoals in Turkije. Dit betekent in 2018 een vergoeding van € 10,69 per injectie van 6mg/ml. In 2019 en 2020 was dit € 11,- per injectie van 6mg/ml. Deze vergoedingen zijn gebaseerd op de tarieven van Imigran® die in het GVS zijn vermeld. Voorts geldt dat de ziektekostenverzekeraar het aantal injecties vanaf 2020 heeft gemaximeerd tot 8 per dag, ofwel 2.920 per jaar op basis van het voorschrift van de huisarts en de behandelend neuroloog. Van 1 januari 2020 tot en met 2 november 2020 is een vergoeding toegekend voor 2.920 injecties, waarvan er 2.794 zijn verstrekt door de apotheek in Turkije en 126 door de apotheek in Nederland. Aanvankelijk is tevens een vergoeding toegekend voor de 494 injecties die verzoeker in de periode van 10 november 2020 tot en met 31 december 2020 heeft gedeclareerd. Omdat deze vergoeding ten onrechte is toegekend, is deze van verzoeker teruggevorderd. Verzoeker is hiervan bij brief van 23 februari 2021 op de hoogte gebracht. In de periode van 1 januari 2021 tot en met 1 november 2021 is een vergoeding toegekend voor 2.434 injecties, waarvan er 1.830 zijn verstrekt door de apotheek in Turkije en 604 door de apotheek in Nederland. Omdat verzoeker in 2021 een restitutiepolis heeft afgesloten zijn de hiermee samenhangende kosten volledig vergoed.
- Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de koers van de Turkse Lira ten opzichte van de Euro in de afgelopen jaren sterk heeft gefluctueerd. Dit heeft tot gevolg gehad dat het bedrag dat voor rekening van verzoeker is gebleven in de jaren 2018 tot en met 2020 niet gelijk is geweest. In 2020 in de koers van de Lira zelfs zo sterk gedaald dat dit leidde tot een volledige vergoeding, omdat de prijs die in Turkije werd gerekend lager of gelijk was aan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.
- Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat geen vergoeding is toegekend voor de geneesmiddelen gabapentine/Neurontin® en Respiro® vanwege het ontbreken van een voorschrift van een arts. Verder is geen vergoeding toegekend voor de middelen Anestol®, Hametol® en Diclomec®, omdat dit zelfzorgmiddelen betreffen. Hiervoor biedt de zorgverzekering geen dekking.
- Verzoeker heeft lopende de onderhavige procedure een verklaring van de huisarts overgelegd. Op basis van deze verklaring heeft de ziektekostenverzekeraar besloten alsnog een vergoeding van € 265,59 toe te kennen voor gabapentine/Neurontin® en sandomigran. Voorts is besloten een aanvullende vergoeding toe te kennen voor sumatriptan/Imigran® van totaal € 5.119,10.

Overwegingen commissie

- 6.4. Gelet op het voorgaande stelt de commissie vast dat het geschil zich thans nog toespitst op het antwoord op de vraag of verzoeker recht heeft op een hogere vergoeding voor sumatriptan dan reeds aan hem is toegekend door de ziektekostenverzekeraar. Verder is in geschil of de terugvordering van de vergoeding voor sumatriptan - die over de periode van 10 november 2020 tot en met 31 december 2020 aan verzoeker werd toegekend - terecht was. Tot slot dient de aanspraak op Artelac® beoordeeld te worden. Hierover overweegt de commissie het volgende.

Sumatriptan/Imigran®

- 6.5. De zorgverzekering biedt dekking voor geregistreerde geneesmiddelen die zijn vermeld op bijlage 1 en bijlage 2 Rzv. Dit volgt uit artikel 2.8, eerste lid, onder a, Bzv. Niet geregistreerde geneesmiddelen komen 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. Daarbij moet het gaan om (i) geneesmiddelen die zijn bereid door een apotheek of (ii) geneesmiddelen die op verzoek van een arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm van de Geneesmiddelenwet of (iii) geneesmiddelen die in de handel zijn in een ander land en bestemd zijn voor een patiënt die lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Dit volgt uit artikel 2.8, eerste lid, onder b, Bzv. Artikel 5 van de voorwaarden van de zorgverzekering is op artikel 2.8 Bzv gebaseerd. Verder is in genoemd artikel bepaald - voor zover hier relevant - dat slechts aanspraak kan worden gemaakt op geneesmiddelen, als deze zijn voorgeschreven door bijvoorbeeld een huisarts of een medisch specialist.
- 6.6. Sumatriptan is opgenomen in het Geneesmiddelen vergoedingssysteem (hierna: GVS) en komt om die reden voor vergoeding in aanmerking ten laste van de zorgverzekering. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 16 mei 2022.
- 6.7. Verzoeker heeft evenwel slechts aanspraak op sumatriptan voor zover hij hiervoor een recept heeft. In dit verband merkt de commissie op dat het geneesmiddel op verschillende momenten aan verzoeker is voorgeschreven. Er bestaat echter een discrepantie tussen de genoemde doseringen. Zo blijkt uit de verklaring van de huisarts van 10 juli 2018 dat verzoeker sumatriptan 6mg/ml maximaal 10x per dag gebruikt. Uit de verklaring van de behandelend neuroloog van 10 augustus 2018 blijkt dat het geneesmiddel voor 8x per dag is voorgeschreven. Op het recept van het Deventer ziekenhuis van 20 september 2018 is bij dosering 'zo nodig' vermeld. Op het recept van de huisarts van 16 april 2020 is opnieuw 10x per dag vermeld, maar op het recept van 26 oktober 2020 staat 8x per dag. Verder is in het medicatiepaspoort van 15 juni 2022 vermeld dat aan verzoeker per 23 oktober 2020 niet meer dan 8 dosis per dag zijn voorgeschreven. De commissie neemt in overweging dat in het geval van verzoeker sprake is van een bijzondere situatie waarin aan hem een hogere dosering sumatriptan wordt voorgeschreven dan de aanbevolen dosering. Dit blijkt uit de verklaringen van de behandelend neuroloog en wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 16 mei 2022. Tegen deze achtergrond kan worden geconcludeerd dat verzoeker van 1 januari 2018 tot 23 oktober 2020 redelijkerwijs was aangewezen op 10 injecties sumatriptan per dag en vanaf 23 oktober 2020 op 8 injecties per dag.
- 6.8. Uit de verklaringen van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat het geneesmiddel sumatriptan/Imigran® volledig is vergoed in het geval dat dit door een (gecontracteerde) Nederlandse apotheek aan verzoeker is verstrekt. Voor zover dit door een (niet-gecontracteerde) Turkse apotheek is verstrekt, geldt dat een gedeeltelijke vergoeding is toegekend. Volgens verzoeker is dit laatste niet terecht en heeft hij recht op een volledige vergoeding.

De commissie overweegt dat het Nederlands-Tuys verdrag inzake sociale zekerheid voorziet in de mogelijkheid van vergoeding van onmiddellijk noodzakelijk zorg. Hoewel niet is gebleken dat verzoeker een beroep heeft gedaan op het verdrag, zodat dit in beginsel buiten beschouwing dient te blijven, overweegt de commissie dat evenmin door verzoeker aannemelijk is gemaakt dat sprake was van onmiddellijk noodzakelijke zorg in Turkije en in dit verband het voornoemde geneesmiddel is verstrekt. Dit betekent dat de hoogte van een eventuele vergoeding moet worden bepaald aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. In dit verband overweegt de commissie dat in artikel 4.3.1. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat de vergoeding van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder maximaal 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief is. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 24 december 2021 toegelicht dat laatstgenoemd tarief in 2018 € 10,69 per injectie was en in de jaren 2019 en 2020 € 11,--.

- 6.9. Uit de specificatie bij de brief van de ziektekostenverzekeraar van 24 december 2021 volgt op welke wijze hij de vergoeding voor sumatriptan/Imigran® heeft vastgesteld. Hieruit blijkt dat de ziektekostenverzekeraar de declaraties van verzoeker tot 30 juni 2018 - in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden - volledig heeft vergoed en dat hij de vergoeding nadien heeft vastgesteld op basis van het gemiddeld gecontracteerde tarief, zoals hiervoor beschreven. Voorts is gesteld noch gebleken dat de ziektekostenverzekeraar declaraties die zien op de jaren 2018 en 2019 heeft afgewezen, omdat meer injecties zijn gedeclareerd dan waarop verzoeker redelijkerwijs is aangewezen. Daarmee is de vergoeding voor sumatriptan/Imigran® voor de jaren 2018 en 2019 vastgesteld overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden, zodat verzoeker geen recht heeft op een andere of hogere vergoeding.
- 6.10. Ten aanzien van het jaar 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk het standpunt ingenomen dat verzoeker geen aanspraak kon maken op meer dan 8 injecties sumatriptan/Imigran® per dag. Bij brief van 15 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar evenwel verklaard dat hij - uitgaande van het medicatiepaspoort van de huisarts van 15 juni 2022 - bereid is aan verzoeker een vergoeding toe te kennen op basis van 10 injecties per dag voor de periode van 1 januari 2020 tot en met 22 oktober 2020 en 8 injecties per dag van 23 oktober 2020 tot en met 31 december 2020. Dit komt volgens de ziektekostenverzekeraar neer op een totaal van 3.520 injecties (296 dagen x 10 injecties + 70 dagen x 8 injecties). De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat reeds een vergoeding is toegekend voor 3.046 injecties op basis van het gemiddeld gecontracteerde tarief. De ziektekostenverzekeraar kent aan verzoeker om die reden nog een aanvullende vergoeding toe voor 474 injecties (= 3.520 minus 3.046) op basis van het gemiddeld gecontracteerde tarief van € 11,--, wat een totaal maakt van € 5.119,10. Omdat verzoeker in het jaar 2020 meer injecties heeft gedeclareerd blijven de kosten van 20 injecties voor eigen rekening. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar de vergoeding hiermee heeft vastgesteld in lijn met hetgeen hiervoor onder 6.7 en 6.8 is overwogen. Verzoeker heeft om die reden geen recht op een andere of hogere vergoeding.
- 6.11. De commissie merkt op dat de ziektekostenverzekeraar eerder heeft besloten de reeds verleende vergoeding voor sumatriptan/Imigran® met betrekking tot de periode van 10 november 2020 tot en met 31 december 2020, voor een bedrag van totaal € 5.547,64, van verzoeker terug te vorderen. Nu vast is komen te staan dat de terugvordering niet terecht was - met uitzondering van een bedrag van € 220,- dat betrekking heeft op de hiervoor genoemde 20 injecties - komt deze te vervallen. Dit brengt tevens met zich dat de verrekening van voornoemde vordering met de vergoeding voor zorgkosten waar verzoeker in 2021 recht op had, ongedaan gemaakt dient te worden en dat die vergoeding alsnog aan verzoeker dient te worden uitgekeerd.
- 6.12. Verzoeker heeft voorts gesteld dat de ziektekostenverzekeraar de hoogte van de vergoeding onjuist heeft vastgesteld doordat hij niet de juiste wisselkoers heeft gebruikt. Deze stelling is echter niet met (bewijs)stukken onderbouwd, terwijl de ziektekostenverzekeraar een en ander gemotiveerd heeft betwist. De stelling van verzoeker kan om die reden niet overtuigen, zodat de commissie hieraan voorbij gaat.

Artelac®

6.13. Verzoeker maakt tevens aanspraak op het middel Artelac en heeft in dat kader verklaard dat dit middel voor het eerst aan hem is voorgeschreven op 22 maart 2021. Dit laatste heeft hij echter niet met stukken onderbouwd, zodat niet is komen vast te staan dat is voldaan aan het bepaalde in artikel 5 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dat betekent dat de commissie dit onderdeel van het verzoek afwijst.

6.14. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

(i) de terugvordering die de ziektekostenverzekeraar heeft ingesteld ten aanzien van de vergoeding van sumatriptan/Imigran® met betrekking tot de periode 10 november 2020 tot en met 31 december 2020 voor een bedrag van € 5.327,64 (= € 5.547,64 minus € 220,-) komt te vervallen;

(ii) de ziektekostenverzekeraar de verrekening van voornoemde terugvordering met de vergoeding van zorgkosten in 2021 ongedaan dient te maken en deze vergoeding alsnog aan verzoeker dient uit te keren;

(iii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden;

(iv) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 23 september 2022,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

**Verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek
Turkije inzake sociale zekerheid, Ankara, 05-04-1966
Geraadpleegd op 31-05-2022. Gebruikte datum 'geldig op'
01-05-1983 en zichtdatum 01-05-1983.
Geldend van 01-05-1983 t/m heden**

Artikel 13

1. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt.
2. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde, die recht op prestaties heeft verkregen ten laste van een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en die op het grondgebied van die Partij woonachtig is, behoudt dat recht indien hij zijn woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij overbrengt; vóór de overbrenging moet de werknemer echter toestemming hebben van het bevoegde orgaan dat deze slechts kan weigeren op advies van een geneeskundige van dit orgaan die vastgesteld heeft dat de gezondheidstoestand van de werknemer de overbrenging van de woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verhindert.
3. Wanneer een werknemer of een met hem gelijkgestelde overeenkomstig de bepalingen van de vorige leden recht heeft op prestaties, worden de verstrekkingen gedaan door het orgaan van zijn verblijfplaats of van zijn nieuwe woonplaats overeenkomstig de bepalingen van de wettelijke regeling welke door dat orgaan wordt toegepast, in het bijzonder wat betreft de omvang en de wijze van de verstrekking; de periode gedurende welke deze verstrekkingen worden verleend is evenwel gelijk aan die voorzien in de wettelijke regeling van het bevoegde land.
4. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden prothesen, kunstmiddelen van grotere omvang en andere belangrijke verstrekkingen, behalve in onmiskenbare spoedgevallen, slechts verschaft als het bevoegde Orgaan daartoe machtiging heeft verleend.
5. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden de uitkeringen overeenkomstig de wettelijke regeling van het bevoegde land verleend.

Deze uitkeringen kunnen, volgens in een administratief akkoord te stellen regelen, voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van het andere land worden uitbetaald.

6. De bepalingen van de vorige leden zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden, wanneer zij tijdelijk op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verblijven of wanneer zij hun woonplaats overbrengen naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, nadat zij ziek of zwanger zijn geworden.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

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.

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.

3. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten behoren slechts tot de farmaceutische zorg indien voldaan is aan onderdeel 1 van bijlage 2 van deze regeling.
4. In bijlage 3, onderdelen A en B, bij deze regeling worden genoemd de geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een beslissing als bedoeld in artikel 2.50, vijfde lid, niet zijn aangewezen, geregistreerde geneesmiddelen ten aanzien waarvan het voornemen tot aanwijzing als bedoeld in artikel 2.50, achtste lid, niet is uitgevoerd en geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een wijziging van bijlage 1 niet meer zijn aangewezen.
5. Farmaceutische zorg, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel b, onder 1°, van het Besluit zorgverzekering, omvat geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan:
 - a. een geregistreerd UR-geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet waarover blijkt bijlage 1 en 3 bij deze regeling geen besluit over de aanwijzing, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering, is genomen;
 - b. een in bijlage 3, onderdeel A, bij deze regeling genoemd niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet, mits aan daarbij vermelde criteria wordt voldaan.

3.6 Zorg die voortvloeit uit terrorisme

3.6.1 Is de behoefte aan zorg het gevolg van één of meer terroristische handelingen? Dan kan het zijn dat u recht heeft op een deel van deze zorg. Dit gebeurt als heel veel verzekerden een beroep doen op hun zorgverzekering als gevolg van één of meer terroristische handelingen. Elke verzekerde krijgt dan slechts een percentage vergoed. Dus: is de totale schade (ontstaan door terroristische handelingen) die in een kalenderjaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarvoor de Wet op het financieel toezicht (Wft) geldt, naar verwachting hoger dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar? Dan heeft u alleen recht op zorg tot een percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. Dit percentage is voor alle verzekeringen gelijk en wordt bepaald door de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT).

3.6.2 De exacte definities en bepalingen bij de hiervoor genoemde aanspraak staan in het clauseblad terrorismedekking van de NHT. Deze clause 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.

3.6.3 Het is mogelijk dat wij na een terroristische handeling een aanvullende betaling ontvangen. Deze mogelijkheid bestaat op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet. U heeft dan recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet.

3.7 U heeft geen recht op vormen van zorg of overige diensten die op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 of mogelijke andere wettelijke voorschriften voor vergoeding in aanmerking komen. Als u en wij hierover van mening verschillen, behouden wij ons het recht voor om met alle betrokken partijen (CIZ, gemeente, mantelzorger, u en wij) in gesprek te gaan, om te bepalen uit welke wet of voorziening recht op zorg bestaat. Als uit het overleg volgt dat het recht op zorg aangewezen is op grond van een andere wet of voorziening dan de zorgverzekeringswet, dan heeft u geen recht op deze zorg op basis van uw basisverzekering.

4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

4.1 Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. Wij vergoeden het deel van deze zorg dat niet onder de eigen bijdragen (inclusief het eigen risico) valt. Hoe hoog uw vergoeding is, hangt onder andere af van de zorgverlener, zorginstelling of leverancier die u kiest. U kunt kiezen uit:

- zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers die een contract met ons hebben afgesloten (gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen gecontracteerde zorgverleners);
- zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers met wie wij geen contract hebben (niet-gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen niet-gecontracteerde zorgverleners).

4.2 Gecontracteerde zorgverleners

Heeft u zorg nodig die valt onder de basisverzekering? Dan kunt u elke zorgverlener in Nederland kiezen die een contract heeft met ons. Deze zorgverlener declareert de kosten rechtstreeks bij ons.

Als wij een contract hebben gesloten met een ziekenhuis of een zbc, dan hoeft dat niet altijd te betekenen, dat wij dat hebben gedaan voor alle zorg en/of alle behandelingen die het ziekenhuis of de zbc verleent. Het kan ook betekenen dat wij een ziekenhuis of een zbc alleen hebben gecontracteerd voor een bepaalde behandeling of een aantal behandelingen.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Of voor welke zorg en/of behandelingen wij ziekenhuizen of zbc's hebben gecontracteerd? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Omzetplafonds

- 1 Wij spreken omzetplafonds af met gecontracteerde zorgverleners. Dit houdt in dat zorgverleners in een kalenderjaar slechts een vooraf vastgesteld maximumbedrag voor de door hen te leveren zorg krijgen uitbetaald. De reden dat wij dit doen is om de zorgkosten te beperken. Dit is noodzakelijk om een grote stijging van de zorgpremies te voorkomen.
- 2 Wij doen er alles aan om de gevolgen van omzetplafonds voor u te beperken. Toch kunt u gevolgen ondervinden van omzetplafonds. Zo kan het zijn dat een zorgverlener pas een afspraak met u maakt in het nieuwe kalenderjaar. Ook kan het voorkomen dat wij u verzoeken om, wanneer u toch nog hetzelfde kalenderjaar geholpen wilt worden, naar een andere gecontracteerde zorgverlener te gaan. U kunt met een dergelijk verzoek van ons instemmen, of u kunt wachten tot het nieuwe jaar.
- 3 Via de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker kunt u terugvinden met welke zorgverleners wij een omzetplafond hebben afgesproken.
- 4 Wij behouden ons het recht voor om gedurende het kalenderjaar zorgverleners (tijdelijk) van de lijst met gecontracteerde zorgverleners van de Zorgzoeker te verwijderen op het moment dat hun omzetplafond bereikt is. Dit betekent dat een aantal gecontracteerde zorgverleners per 1 januari 2018, in de loop van het jaar van de lijst met gecontracteerde zorgverleners wordt geschrapt, zodat u (bijvoorbeeld) op 1 december 2018 misschien een beperkter keuzeaanbod heeft als op 1 januari 2018. Houdt u hier rekening mee.

Let op! Heeft u een restitutiepolis? Dan hebben omzetplafonds geen gevolgen voor uw recht op vergoeding. Wel kan het bijvoorbeeld zo zijn dat u nota's in het vervolg zelf moet indienen.

4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan dit gevolgen hebben voor de hoogte van uw vergoeding. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van uw basisverzekering. Hieronder geven wij per (soort) basisverzekering aan welke tarieven er gelden bij niet-gecontracteerde zorgverleners.

Let op! dit artikel geldt niet voor een eventueel door u afgesloten aanvullende verzekering. In artikel 2.1 van het hoofdstuk 'Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen' leest u wat er voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg in de aanvullende verzekering geldt.

4.3.1 Naturapolis (Basis Zeker)

Heeft u een naturapolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u recht op een vergoeding van maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Hebben wij onvoldoende zorg ingekocht en/of kan een gecontracteerde zorgverlener de zorg niet op tijd leveren? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering (Basis Budget)

Naast de in artikel 4.2 genoemde beperking bij zorg en/of behandelingen die wij niet in elk ziekenhuis of zbc hebben gecontracteerd, geldt dat u met een Basis Budget voor medisch specialistische zorg (artikel 25, 26 lid 1, 27 en 30) bij een beperkt aantal gecontracteerde ziekenhuizen in Nederland terecht kunt. Dit noemen wij selectieve contractering. De voor de Basis Budget gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Gaat u naar een ziekenhuis dat niet gecontracteerd is voor de Basis Budget? Dan krijgt u een lagere vergoeding. Deze vergoeding is net als bij een gewone naturapolis maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Voor deze zorg kunt u ook bij niet voor de Basis Budget gecontracteerde ziekenhuizen terecht

Uit artikel 4.3.4 volgt dat spoedeisende zorg buiten de selectieve contractering valt. U kunt voor deze zorg bij ieder ziekenhuis in Nederland terecht.

Ook voor verloskunde, vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, kaakchirurgie en behandelingen waarvoor u door uw behandelend specialist naar een andere zorginstelling bent verwezen (tertiaire verwijzing) geldt dat deze buiten de selectieve contractering vallen. Voor deze zorg kunt u terecht bij alle regulier door Zilveren Kruis gecontracteerde ziekenhuizen (dus niet alleen degene die speciaal voor de Basis Budget zijn gecontracteerd).

Daarnaast zijn er nog specialistische behandelingen die buiten de selectieve contractering vallen. Wilt u weten om welke behandelingen het precies gaat? Neem dan contact met ons op. Ook uw ziekenhuis kan u vertellen om welke zorg het precies gaat en wat in uw situatie van toepassing is.

Als vervolgbehandelingen op de van selectiviteit uitgesloten zorg onderdeel uitmaken van dezelfde zorgvraag kunt u voor deze behandelingen ook bij alle regulier door ons gecontracteerde ziekenhuizen terecht.

Wij geven graag duidelijkheid over bij welke ziekenhuizen u terecht kunt of de hoogte van de vergoeding waar u recht op heeft. Twijfelt u? Neem dan contact met ons op.

4.3.3 Voor deze zorg kunt u ook bij niet gecontracteerde ziekenhuizen terecht

Voor een aantal behandelingen geldt de toepassing van de lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen uit de artikelen 4.3.1 en 4.3.2 niet. Het gaat om:

- a spoedeisende zorg;
- b verloskunde;
- c vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen;
- d kaakchirurgie;
- e behandelingen waarvoor u door uw behandelend specialist naar een andere zorginstelling bent verwezen (tertiaire verwijzing);
- f zorg conform de Wet bijzondere medische verrichtingen;
- g vervolgbehandelingen op de behandelingen uit a t/m f, indien deze deel uitmaken van dezelfde zorgvraag.

Voor deze zorg kunt terecht bij alle ziekenhuizen. De vergoeding van deze zorg wordt begrensd door het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Een lijst met de indicatieve hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Let op! Start u na deze behandelingen een nieuwe behandeling die wel planbaar is? Controleer dan eerst met welk ziekenhuis Zilveren Kruis afspraken heeft gemaakt. U doet dit eenvoudig via de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Zo voorkomt u dat u de rekening eerst zelf of een deel van de rekening moet betalen.

4.3.4 Restitutiepolis (Basis Exclusief)

Heeft u een restitutiepolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Een lijst met de indicatieve hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

4.4 Soms moet u iets terugbetalen

Het komt soms voor dat wij aan de zorgverlener of zorginstelling meer betalen dan waarop u volgens de verzekeringsovereenkomst recht heeft. Dit gebeurt bijvoorbeeld als u zelf een deel van het bedrag moet betalen vanwege een eigen bijdrage of eigen risico. U (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen. Dit innen wij via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

4.5 Als u zorgbemiddeling nodig heeft

U heeft recht op zorgbemiddeling. Dit betekent dat u bijvoorbeeld informatie krijgt over behandelingen, over wachttijden en over kwaliteitsverschillen tussen zorgverleners of zorginstellingen. Op basis van die informatie:

- kunt u zelf uw keuze maken, of
- bemiddelen wij voor u met de zorgverlener of zorginstelling over de wachttijden. En regelen wij voor u een afspraak. Dit noemen wij wachttijdbemiddeling.

Ook als u een nieuwe zorgverlener of zorginstelling zoekt, bijvoorbeeld omdat u verhuisd bent, heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij helpen u dan om deze zorgverlener of zorginstelling te vinden. Wilt u zorgbemiddeling en/of wachttijdbemiddeling? Neem dan contact met ons op.

5 Wat zijn uw verplichtingen?

5.1 Hieronder leest u aan welke verplichtingen u moet voldoen. Schaaft u onze belangen door deze verplichtingen niet na te komen? Dan heeft u geen recht op zorg.

5.2 Algemene verplichtingen

U heeft recht op zorg als u aan de volgende verplichtingen voldoet:

- a Gaat u voor zorg naar een ziekenhuis of polikliniek? Dan moet u zich legitimeren met één van de volgende geldige documenten:
 - rijbewijs;
 - paspoort;
 - Nederlandse identiteitskaart;
 - vreemdelingendocument.
- b Wil onze medisch adviseur weten waarom u bent opgenomen? Dan moet u aan uw behandelend arts of medisch specialist vragen om dit door te geven aan onze medisch adviseur.
- c U moet alle informatie geven die wij nodig hebben en medewerking verlenen aan het verkrijgen van deze informatie. Dit is voor onze medisch adviseurs of voor mensen die met controle of onderzoek belast zijn. Uiteraard houden wij hierbij rekening met de privacyregelgeving.
- d U moet meewerken, als wij kosten willen verhalen op een aansprakelijke derde.
- e U bent verplicht om (mogelijke) onregelmatigheden of fraude door zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties) bij ons te melden.
- f U bent verplicht een verwijzing of verklaring te overleggen in de gevallen waarin deze noodzakelijk is. De verwijzing of verklaring is alleen geldig indien u zich binnen een jaar na afgifte heeft gemeld bij de zorgverlener naar wie u bent doorverwezen. Zolang u met dezelfde zorgvraag bij dezelfde zorgverlener onder behandeling blijft, hoeft u geen nieuwe verwijzing of verklaring te overleggen.
- g U bent verplicht ons vooraf om toestemming te vragen in de gevallen waarin dit noodzakelijk is. Na een positieve medische beoordeling geven wij onze toestemming in de vorm van een machtiging. Heeft u een geldige machtiging en stapt u over naar een andere zorgverzekeraar? Dan neemt uw nieuwe zorgverzekeraar de machtiging over en vergoedt de behandeling volgens de daar geldende verzekeringsvoorwaarden.

5.3 Verplichtingen als u gedetineerd bent

- a Bent u gedetineerd? Meld ons binnen 30 dagen nadat u bent opgepakt, wanneer deze detentie is ingegaan (ingangsdatum) en hoe lang deze duurt.
- b Bent u in vrijheid gesteld? Meld ons dan binnen 2 maanden daarna, op welke datum u bent vrijgelaten.



Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

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

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:

- a 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);
- b geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- c farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat u daar geen recht op heeft;
- d geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, derde lid, onder b van de Geneesmiddelenwet;
- e geneesmiddelen die staan in artikel 40, derde lid, onder f van de Geneesmiddelenwet;
- f geneesmiddelen die therapeutisch gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;

- g zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen;
- h alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg;
- i homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen;
- j 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 apotheek

Let op! Ontvangt u farmaceutische zorg van een apotheek met wie wij geen contract hebben? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een apotheek 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 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke apotheken wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde apotheken vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.



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 restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

U heeft recht op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprotheticen, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plegen 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

- 1 De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- 2 Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor een behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- 3 Voor deze behandeling is mededagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
- 4 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:

- a periodiek preventief tandheelkundig onderzoek 1 keer per jaar (jaarlijkse controle), of meerdere keren per jaar, als u tandheelkundig op die hulp bent aangewezen;
- b incidenteel tandheelkundig consult;
- c het verwijderen van tandsteen;
- d 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;
- e sealing (afdicthen groeven van kiezen);
- f parodontale hulp (behandeling van tandvlees);
- g anesthesie (verdooving);
- h endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling);
- i restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen);
- j gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtsproblemen);
- k uitneembare prothetische voorzieningen (frameprothese, partiële prothese (plaatje) of volledig kunstgebit);
- l chirurgische tandheelkundige hulp. Het aanbrengen van tandheelkundige implantaten valt niet onder deze zorg;
- m röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

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

- 1 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.
- 2 Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, tandarts-specialist of een huisarts.
- 3 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 basisverzekeringen'). U heeft hiervoor dan al toestemming van ons gekregen.
- 4 Is er zorg nodig zoals omschreven in artikel 6, 10.2, 11 of 12 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'? Dan moeten wij u hier vooraf toestemming voor hebben gegeven. Meer hierover leest u in deze artikelen.
- 5 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.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a het beslijpen en/of fluorideren van een melkelement (code M05);
- b orthodontie. Dit valt, met uitzondering van de bijzondere orthodontie zoals omschreven in artikel 6 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen', niet onder de basisverzekering. Dit kan uit een aanvullende verzekering vergoed worden;
- c implantaten. Deze vallen mogelijk onder artikel 10.1 'Implantaten' of artikel 12 'Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen' of kunnen uit een aanvullende tandartsverzekering vergoed worden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Let op! Wilt u zorg van een kaakchirurg met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een kaakchirurg 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 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Let op! Reguliere orthodontistische hulp valt niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende verzekering afsluiten. N.B. Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar!