

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202401830

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 30 april 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 20 mei 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 10 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 11 juli 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 4 augustus 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025015899) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 5 augustus 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 oktober 2025 door twee leden van de commissie gehoord. De beslissing op het verzoek zal worden genomen door genoemde twee leden en een derde lid, welk laatste lid kennisneemt van het gehele dossier inclusief de aantekeningen van de hoorzitting. Deze aantekeningen zijn ook ter kennisname aan partijen gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 7 oktober 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 4 augustus 2025 aanpassing behoeft. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut verzocht in het definitief advies in te gaan op de stelling van verzoekster dat zij ook lijdt aan CRPS/posttraumatische dystrofie en dat deze aandoening volgens haar niet is betrokken in het voorlopig advies. Bij brief van 20 oktober 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 23 oktober 2025 aan partijen gestuurd, waarbij hun de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben zij geen gebruik gemaakt.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Optimaal en AV Tand Extra (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brieven van 3 april 2024 en 16 september 2024 meegedeeld de kosten van midazolam neusspray 2,5 mg met ingang van 1 januari 2025 niet meer te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar vervolgens verzocht de betreffende kosten ook na 31 december 2024 te vergoeden. Bij brief van 23 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar op dit verzoek afwijzend beslist.
- 2.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. In dat kader heeft op 14 november 2024 een gesprek plaatsgevonden tussen de behandelend revalidatiearts en de ziektekostenverzekeraar. Dit gesprek heeft niet ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar zijn beslissing heeft gewijzigd. Bij brief van 16 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.
- 2.4. Bij brief van 4 augustus 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.5. Bij brief van 20 oktober 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van het magistraal bereide geneesmiddel midazolam neusspray 2,5 mg ook na 31 december 2024 te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel uit coulance.
- 3.2. Verzoekster voert aan dat zij kampt met ernstige spierverkrampingen als gevolg van een dysautonomie bij het Ehlers Danlos Syndroom, hypermobiele type (H-EDS). Om de symptomen, zoals dystonie-aanvallen, enigszins onder controle te houden gebruikt verzoekster in overleg met haar revalidatiearts al geruime tijd midazolam neusspray 2,5 mg. De kosten van deze neusspray zijn altijd door de ziektekostenverzekeraar vergoed. In september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar haar echter geïnformeerd dat de kosten van het geneesmiddel met ingang van 1 januari 2025 niet meer zullen worden vergoed. Verzoekster verschilt sindsdien met de ziektekostenverzekeraar van mening of deze ook na 31 december 2024 gehouden is vergoeding te verlenen. Verzoekster meent van wel, en heeft ter onderbouwing van haar standpunt verklaringen van haar behandelend revalidatiearts van 25 januari 2024 en 24 april 2025 overgelegd, waarin deze stelt dat er voor verzoekster geen goede alternatieven voor de neusspray voorhanden zijn. Begin 2025 heeft verzoekster clonazepam geprobeerd, wat weliswaar enig effect had op haar basistonus, maar niet op de ernst en de frequentie van de dystonie-aanvallen. Een ander nadeel is dat verzoekster het middel clonazepam door haar beperkingen, als zij een aanval voelt aankomen, niet zelfstandig kan gebruiken. Naast clonazepam heeft verzoekster de tabletvorm van midazolam en nivotril geprobeerd, maar geen van beide had hetzelfde effect als midazolam neusspray. De behandelend revalidatiearts wijst erop dat verzoekster de kosten van de neusspray door de hoge dosering (20 doses per dag) onmogelijk zelf kan betalen. Het staken van het gebruik van de neusspray zal uiteindelijk leiden tot ernstige gezondheidsschade. De kwaliteit van leven van verzoekster is sinds 1 januari 2025 ernstig verslechterd.

- 3.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop aangevoerd dat uit het voorlopig advies van het Zorginstituut niet blijkt dat in de beoordeling is betrokken dat zij ook lijdt aan CRPS/posttraumatische dystrofie. Bij de door het Zorginstituut uitgevoerde literatuursearch is gezocht op de verzekerde zoektermen. Als het Zorginstituut had gezocht op de zoektermen 'midazolam', 'H-EDS' en 'dystonie', dan zou daaruit volgen dat midazolam werkt en ook ten laste van de zorgverzekering moet worden vergoed. Veel patiënten die lijden aan zowel H-EDS als dystonie hebben baat bij midazolam. Wat verzoekster stoort, is dat zij al meerdere jaren midazolam gebruikt, maar dat pas sinds het gebruik ervan is gestegen, de ziektekostenverzekeraar moeilijk is gaan doen over de vergoeding. Het lijkt er dus op dat alles te maken heeft met de kosten en dat niet naar de mening van de patiënt wordt geluisterd.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster al geruime tijd de kosten van midazolam neusspray 2,5 mg bij hem declareert. Omdat de neusspray in de situatie van verzoekster eigenlijk geen verzekerde zorg is, heeft de ziektekostenverzekeraar haar bij brieven van onder meer 3 april 2024, 16 september 2024, en 16 december 2024 geïnformeerd dat de kosten van het geneesmiddel met ingang van 1 januari 2025 niet meer worden vergoed. In zijn brief van 23 september 2024 aan verzoekster licht de ziektekostenverzekeraar toe dat midazolam neusspray een niet-geregistreerd geneesmiddel is dat beschikbaar is als apotheekbereiding. Om voor vergoeding van een apotheekbereiding in aanmerking te komen dient sprake te zijn van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek zijn vastgesteld. Verder geldt dat de behandeling het meest economisch moet zijn voor de zorgverzekering. Uit de wetenschappelijke literatuur is het de ziektekostenverzekeraar niet gebleken dat midazolam werkt bij het Ehlers Danlos Syndroom of dystonie.
- 4.2. In het verlengde hiervan geldt dat het aan de voorschrijver is om aan te tonen dat sprake is van rationele farmacotherapie. Omdat de revalidatiearts de neusspray aan verzoekster voorschrijft, heeft de ziektekostenverzekeraar hem verzocht literatuur aan te leveren waaruit blijkt dat:
1. midazolam (al dan niet in de vorm van een neusspray) ingezet kan worden bij een dysautonomie bij het Ehlers Danlos Syndroom, en
 2. midazolam (al dan niet in de vorm van een neusspray) bij de aandoening van verzoekster kan worden gegeven in zeer hoge dosering.
- De ziektekostenverzekeraar heeft, naar aanleiding van de gedane verzoeken, van de behandelend revalidatiearts geen literatuur ontvangen. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar zelf onderzoek gedaan, maar zijn medisch adviseur heeft geen literatuur gevonden waaruit blijkt dat bij gebruik van midazolam in de vorm van een neusspray bij de aandoening van verzoekster sprake is van rationele farmacotherapie. Hieruit volgt ook direct dat er geen literatuur is gevonden die een hoog aantal doseringen per dag rechtvaardigt. Op 14 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar nog een rechtstreeks overleg gehad met de revalidatiearts van verzoekster, maar dit heeft zijn standpunt dat niet wordt voldaan aan het criterium 'rationele farmacotherapie' niet veranderd.
- 4.3. Gelet op de argumenten die verzoekster heeft aangevoerd, heeft de ziektekostenverzekeraar beoordeeld of een coulancevergoeding mogelijk is, maar ook hierop is door hem afwijzend beslist. De overwegingen die daarbij een rol hebben gespeeld zijn:
- a. Er zijn geen andere indicaties waarvoor midazolam neusspray wordt ingezet in deze hoge dosering per dag. Ook niet voor de behandeling van een tonisch klonische aanval bij epilepsie (waarvoor midazolam neusspray gewoonlijk wordt ingezet).
 - b. Er is contact geweest met een arts van het Expertisecentrum voor Ehlers Danlos Syndromen (onderdeel van het Erasmus Medisch Centrum). Deze arts ziet dysautonomie vaak bij Ehlers Danlos, maar dan vooral in de vorm van maag/darmstoornissen en/of POTS. Zeer ernstige

spierverkrampingen komen volgens hem niet vaak voor. Hij kent de toepassing van midazolam neusspray hierbij niet, laat staan in deze zeer hoge dosering.

c. Er is, gelet op de toedieningsweg, contact geweest met een KNO-arts en die raadt intensieve (vaker dan 4x per dag) toediening van een geneesmiddel via de neus langer dan 2 weken af, aangezien dit slecht is voor het neusslijmvlies. Bij intensieve toediening is de kans (te) groot dat een deel van het geneesmiddel ook in de rest van het lichaam terecht komt en daar onbedoelde neveneffecten heeft. Vaker dan 4x per dag toediening via de neus wordt daarom afgeraden.

d. Er zijn bij de ziektekostenverzekeraar en de bijbehorende labels geen andere voorschrijvers bekend die midazolam neusspray in zeer hoge doseringen voorschrijven (analyse gedaan op basis van declaratiegegevens).

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

Gelet op het voorgaande ziet de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding voor verzoekster een uitzondering te maken en een coulancevergoeding toe te kennen. De door verzoekster overgelegde verklaring van een andere arts maakt het voorgaande niet anders, omdat (i) door hem evenmin literatuur wordt aangeleverd en (ii) niet is gebleken dat hij verzoekster daadwerkelijk heeft gezien.

- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn eerdere standpunt herhaald. In aanvulling hierop heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat midazolam werkt als spierverslapper. Omdat CRPS/posttraumatische dystrofie leidt tot pijnklachten, vermoedt de ziektekostenverzekeraar dat midazolam bij deze indicatie geen verzekerde zorg is.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 4 augustus 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Er is geen Nederlandse of internationale richtlijn voor medicamenteuze behandeling bij dysautonomie bij H-EDS bekend.

Het Zorginstituut heeft op 23 juli 2025 een literatuursearch uitgevoerd in PubMed. De literatuursearch heeft geleid tot 32 hits. Geen van deze hits betreffen relevante studies waarin de effectiviteit van midazolam bij de indicatie van verzoekster onderzocht is. Daarom kan niet worden geconcludeerd dat het gebruik van midazolam wetenschappelijk bewezen werkzaam en effectief blijkt bij H-EDS. Het gevolg hiervan is dat er ook niet kan worden geconcludeerd dat er sprake is van rationele farmacotherapie.

Verder zijn er ook geen andere indicaties bekend waarvoor midazolam neusspray in deze hoge dosering wordt ingezet, ook niet bij de behandeling van een tonisch clonische aanval bij epilepsie.

Conclusie

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

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Midazolam bij H-EDS is geen rationele farmacotherapie.”

- 5.2. In het definitief advies van 20 oktober 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“De SKGZ heeft het Zorginstituut verzocht in te gaan op de stelling van verzoekster ter zitting dat zij ook lijdt aan CRPS en dat deze aandoening volgens haar niet is betrokken in het voorlopig advies.

Het Zorginstituut heeft uit de beschikbare informatie opgemaakt dat verzoekster de 2,5mg midazolam neusspray gebruikt voor dystonie-aanvallen bij H-EDS. Zo blijkt ook uit de brief van de revalidatiearts van verzoekster, gedateerd op 24 april 2025. Het voorlopig advies is om deze reden ook hierop toegespitst. Het Zorginstituut merkt op dat het voorlopig advies niet wijzigt naar aanleiding van het verslag van de hoorzitting en als definitief kan worden beschouwd.

In aanvulling op het voorlopig advies heeft het Zorginstituut beoordeeld of verzoekster aanspraak maakt op vergoeding van 2,5mg midazolam neusspray bij CRPS.

Beoordeling CRPS

Medicamenteuze behandeling van dystonie bij complex regionaal pijnsyndroom (CRPS) wordt beschreven in de Richtlijn Complex Regionaal Pijn Syndroom type 1 uit 2025.

In deze richtlijn wordt aanbevolen om in geval van dystonie of myoclonieën bij patiënten met CRPS-I een behandeling te overwegen worden met:

- oraal baclofen volgens standaard opbouwschema of;*
- diazepam of clonazepam, op geleide van effect en bijwerkingen langzaam titreren.*

Er is onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van spierrelaxantia bij de behandeling van bij CRPS-I voorkomende bewegingsstoornissen, zoals dystonie en spierspasmen. Bij gebruik van diazepam of clonazepam dient de voorschrijver alert te zijn op mogelijk verslavingsgevaar.

Midazolam wordt in de richtlijn alleen genoemd onder paragraaf 3.2. ‘Behandeling met anesthetica bij CRPS-I’. Bij CRPS-I met ernstige therapie-resistente pijn (NRS≥7) kan tijdelijke toediening van een intraveuze subanesthetische dosis ketamine in een klinische setting overwogen worden. Hierbij moet gelijktijdig toedienen van midazolam en ondansetron overwogen worden. Dit betreft echter een tijdelijk interventie in combinatie met een ketamine-infuus en niet als monotherapie voor CRPS. Op grond van de CRPS-richtlijn kan er worden geconcludeerd dat midazolam niet als monotherapie dient te worden gebruikt bij de behandeling van dystonie bij CRPS.

Literatuursearch

Aanvullend heeft het Zorginstituut op 9 oktober 2025 een literatuursearch uitgevoerd. Het Zorginstituut heeft gezocht op de volgende termen:

- midazolam AND H-EDS: 0 resultaten*
- midazolam AND dystonia: 34 resultaten*
- midazolam AND (CRPS OR (post-traumatic dystrophy)): 4 resultaten*

Veel studies gingen over het gebruik van midazolam (in een andere vorm van neusspray) in een ziekenhuissetting voor tijdelijke sedatie van patiënten met een andere aandoening dan verzoekster. Geen van deze resultaten betroffen relevante studies over de effectiviteit van midazolam bij de indicatie van verzoekster.

Gelet op het voorgaande kan niet geconcludeerd worden dat het gebruik van midazolam wetenschappelijk bewezen werkzaam en effectief is bij CRPS/posttraumatische dystrofie.

Conclusie

Er kan niet worden geconcludeerd dat het gebruik van midazolam wetenschappelijk bewezen werkzaam en effectief is bij CRPS/posttraumatische dystrofie. Er is dan ook geen sprake van rationele farmacotherapie. Verzoekster kan geen aanspraak maken op de vergoeding van midazolam bij CRPS.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Midazolam bij CRPS is geen rationele farmacotherapie.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 2.12 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

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

Zorgverzekering

- 7.2. De zorgverzekering biedt op grond van artikel 3.6 dekking voor geregistreerde geneesmiddelen die zijn vermeld op bijlage 1 en bijlage 2 Rzv. Dit artikel van de voorwaarden van de zorgverzekering is gebaseerd op artikel 2.8, eerste lid, onder a, Bzv.
Niet-geregistreerde geneesmiddelen, waaronder geneesmiddelen die zijn bereid door een apotheek, komen volgens artikel 2.8, eerste lid, onder b, Bzv alleen voor vergoeding in aanmerking als sprake is van rationele farmacotherapie. Dit houdt in de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt meest geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering.
Het staat vast dat midazolam neusspray 2,5 mg door een apotheek wordt bereid voor verzoekster zodat moet zijn voldaan aan voornoemde eis van rationele farmacotherapie. De commissie overweegt daarover als volgt:
- 7.3. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 4 augustus 2025 uiteengezet dat hij op 23 juli 2025 een literatuursearch heeft uitgevoerd in PubMed, om na te gaan of het gebruik van midazolam bij het Ehlers Danlos Syndroom, hypermobile type (H-EDS), wetenschappelijk bewezen werkzaam en effectief is. De gedane literatuursearch heeft geleid tot 32 resultaten in de medisch wetenschappelijke databases. Geen van deze gevonden bronnen in de literatuur betrof relevante studies waarin de effectiviteit van midazolam bij de indicatie van verzoekster is onderzocht. Om deze reden kan niet worden geconcludeerd dat het gebruik van midazolam wetenschappelijk bewezen werkzaam en effectief blijkt bij H-EDS. Vanwege dit gebrek aan wetenschappelijk bewijs concludeert het Zorginstituut dat het geneesmiddel bij de gegeven indicatie niet kan worden beschouwd als rationele farmacotherapie.
Verzoekster heeft ter zitting aangevoerd dat zij ook lijdt aan CRPS/posttraumatische dystrofie en dat de hierdoor ontstane pijnklachten een dystonie aanval kunnen veroorzaken. Het Zorginstituut heeft in het definitief advies van 20 oktober 2025 uiteengezet dat in zowel de Richtlijn Complex

Regionaal Pijn Syndroom type 1 als de beschikbare literatuur is gezocht naar de effectiviteit van midazolam bij CRPS. Gebleken is dat op grond van de CRPS-richtlijn niet kan worden geconcludeerd dat midazolam als monotherapie dient te worden gebruikt bij de behandeling van dystonie bij CRPS. Evenmin blijkt uit de wetenschappelijke literatuur dat het gebruik van midazolam wetenschappelijk bewezen werkzaam en effectief is bij CRPS/posttraumatische dystrofie. Een en ander leidt ertoe dat vanwege het gebrek aan wetenschappelijk bewijs het gebruik van midazolam bij CRPS/posttraumatische dystrofie niet kan worden beschouwd als rationele farmacotherapie.

De commissie stelt vast dat verzoekster geen bewijs heeft geleverd van haar stelling ter zitting dat het geneesmiddel onder de dekking van de zorgverzekering valt. Voorts ziet zij in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd over haar positieve ervaringen met midazolam en het gebrek aan alternatieven geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt zij het advies over. Dit betekent dat het gebruik van de apotheekbereiding midazolam neusspray 2,5 mg bij de aandoeningen van verzoekster (H-EDS en CRPS/posttraumatische dystrofie) geen verzekerde prestatie is op basis van de zorgverzekering.

Coulance

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

Slotsom

- 7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 november 2025,

H.A.J. Kroon

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

Toestemming vooraf

Voor de kosten van noodzakelijke aanpassingen in en aan de woning heb je voorafgaande toestemming van De Friesland nodig. Hiervoor moet je een begroting van de kosten indienen.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.5 Erfelijkheidsonderzoek

Inhoud zorg

Je hebt recht op:

- a. onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- b. de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding;
- c. onderzoeken bij andere personen, als dit noodzakelijk is om jou te adviseren. Aan deze personen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Wie mag deze zorg verlenen

Een centrum voor erfelijkheidsadvies. Dit is een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts, medisch specialist of verloskundige.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.6 Farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten)

Inhoud zorg

Onder farmaceutische zorg verstaan wij:

- a. de in jouw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die jou ter hand gesteld worden;
- b. daarbij horend advies en begeleiding voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, zoals apothekers die plegen te bieden.

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement is onderdeel van deze verzekeringsvoorwaarden en kun je vinden op onze website of bij ons opvragen.

a. Geregistreerde geneesmiddelen

Je hebt recht op geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering en het daarbij horende advies en de begeleiding door degene die het geneesmiddel aan jou ter hand stelt. In bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering wordt het recht op een aantal in bijlage 1 opgenomen geneesmiddelen beperkt tot de in bijlage 2 genoemde indicaties. Je hebt dan alleen recht op het geneesmiddel wanneer je dat voor één van deze indicaties gebruikt. Bijlagen 1 en 2 kun je raadplegen via wetten.overheid.nl. Zie voor meer informatie ons Reglement Farmaceutische Zorg.

Op welk geneesmiddel heb je recht

Je hebt niet automatisch aanspraak op alle merken geneesmiddelen. Je hebt recht op een middel dat de werkzame stof bevat die de huisarts of medisch specialist heeft voorgeschreven. Controle van de overheid garandeert dat alle (merken) geneesmiddelen aan dezelfde eisen voldoen. Zijn er op basis van werkzame stof, sterkte en toedieningsroute identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan heb je alleen recht op de geneesmiddelen die wij op grond van ons preferentiebeleid hebben aangewezen of het geneesmiddel dat de apotheek heeft aangewezen. Je kunt de actuele lijst van aangewezen geneesmiddelen vinden op onze website. In uitzonderlijke gevallen kan het voorkomen dat je vanwege een medische noodzaak (bijvoorbeeld een allergie of een intolerantie voor bepaalde hulpstoffen) toch op een duurder geneesmiddel van een ander merk bent aangewezen. De voorschrijver moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische indicatie en moet dit kunnen onderbouwen. Meer informatie hierover lees je in de Begrippenlijst van ons Reglement Farmaceutische Zorg. In dit reglement staat ook nog een aantal aanvullende bepalingen voor het recht op specifieke geneesmiddelen. Je hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als je voldoet aan deze bepalingen.

b. Rationele farmacotherapie (niet-geregistreerde geneesmiddelen)

Je hebt recht op niet-geregistreerde geneesmiddelen en het daarbij horende advies en de begeleiding door degene die het geneesmiddel aan jou ter hand stelt, mits er sprake is van rationele farmacotherapie. Bij rationele farmacotherapie gaat het om geneesmiddelen die in de apotheek zijn bereid of geneesmiddelen die op verzoek van jouw arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, lid 1 onder mm van de Geneesmiddelenwet. Verder kan het gaan om 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. Zie voor de nadere voorwaarden ons Reglement Farmaceutische Zorg.

Onder rationele farmacotherapie verstaan wij de behandeling van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en de effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering.

Zie voor meer informatie ons Reglement Farmaceutische Zorg.

c. Dieetpreparaten

Je hebt alleen recht op dieetpreparaten als:

- je een aandoening hebt waarbij toediening van deze preparaten een essentieel onderdeel is van adequate zorg;
- je niet kunt uitkomen met normale aangepaste voeding en/of dieetproducten;
- 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. Je kunt de meest actuele bijlage met de voorwaarden vinden op wetten.overheid.nl;
- jouw arts of diëtist een 'Verklaring dieetpreparaten' heeft ingevuld en de medische speciaalzaak of apotheek heeft vastgesteld dat je aan de voorwaarden voor vergoeding voldoet.

Zie voor meer informatie ons Reglement Farmaceutische Zorg.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op:

- 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 je daar geen recht op hebt;
- 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 (nagenoeg) gelijkwaardig zijn aan een niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- g. zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die je zonder recept kunt kopen;
- h. alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vind je 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. Je hebt alleen recht op een niet geregistreerd allergeen als wij hiervoor een machtiging op individuele basis hebben afgegeven.

Wie mag de zorg genoemd onder a. t/m c. verlenen

Geneesmiddelen: een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers zoals bedoeld in artikel 61, vijfde lid van de Geneesmiddelenwet of een apothekhoudend huisarts aan wie krachtens artikel 61 tiende of elfde lid van de Geneesmiddelenwet vergunning is verleend geneesmiddelen te leveren.

Instructie bij een aan een geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel mag uitsluitend worden gegeven door de apotheek of apothekhoudend huisarts die het betreffende geneesmiddel aan jou terhandstelt.

Dieetpreparaten: hiervoor contracteren wij alleen medische speciaalzaken. Een apotheek mag de dieetpreparaten ook leveren, maar dan is de vergoeding maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Voorschrift

De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige. Voor dieetpreparaten is een voorschrift nodig van een arts of diëtist.

Toestemming vooraf

In ons Reglement Farmaceutische Zorg kun je vinden wanneer je voorafgaande toestemming van De Friesland nodig hebt.

Eigen bijdrage

Sommige geneesmiddelen zijn door de overheid ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen. Per groep van onderling vervangbare geneesmiddelen is een vergoedingslimiet vastgesteld. Deze is afgeleid van de gemiddelde prijs van de geneesmiddelen in deze groep. Is de werkelijke prijs van het geneesmiddel hoger, dan betaal je zelf het verschil als eigen bijdrage met een maximum van € 250,- per kalenderjaar. Als jouw basisverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, berekenen wij deze eigen bijdrage als volgt: $\text{€ } 250 \times (\text{het aantal dagen van het kalenderjaar waarop de basisverzekering heeft gelopen of zal gaan lopen}) : 365 = \text{het bedrag van de eigen bijdrage, afgerond op hele euro's}$. In bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering zijn in onderdeel A de geneesmiddelen genoemd waarvoor een vergoedingslimiet geldt. Bijlage 1 wijzigt iedere maand en kun je raadplegen via wetten.overheid.nl.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders. Een eventueel verschuldigde eigen bijdrage vergoeden wij niet.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico, met uitzondering van de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek.

3.7 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Inhoud zorg

Je hebt vanaf de leeftijd van 18 jaar recht op deze zorg als je een psychische stoornis hebt. Is het nodig dat je wordt opgenomen voor de behandeling van jouw psychische stoornis? Dan heb je naast de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ook recht op:

- a. verblijf met verpleging en verzorging;
- b. paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die tijdens het verblijf bij de behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg worden begrensd door wat klinisch psychologen en psychiaters (medisch specialisten) als zorg plegen te bieden.

Psychiatrische ziekenhuisopname

Je hebt vanaf de leeftijd van 18 jaar recht op medisch noodzakelijk verblijf in een GGZ-instelling gedurende ten hoogste 1095 dagen (drie jaar). De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1095 dagen:

- a. verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- b. niet-psychiatrisch ziekenhuisverblijf;
- c. eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen beschouwen wij niet als onderbreking. Een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de drie jaar. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de drie jaar.

Is het in verband met de behandeling noodzakelijk dat je langer dan 1095 dagen opgenomen blijft? Dan kun je in overleg met je zorgverlener een indicatie aanvragen voor de Wet langdurige zorg.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op:

- a. behandeling van aanpassingsstoornissen. Dit zijn psychologische aandoeningen waarbij ontregeling in gedrag ontstaat als reactie op een stressveroorzakende gebeurtenis, bijv. ontslag of echtscheiding;
- b. hulp bij werk- en/of relatieproblemen;
- c. geneeskundige ggz voor verzekerden tot 18 jaar, met of zonder verblijf. Dit valt onder de Jeugdwet. Je kunt hiervoor contact opnemen met jouw gemeente.

Wie mag deze zorg verlenen

Voor jouw behandeling is het nodig dat je een regiebehandelaar hebt. Welke GGZ-behandelaren regiebehandelaar mogen zijn, staat beschreven in de geldende veldafpraak. Deze vind je op [onze website](#).

Je zorgverlener moet een goedgekeurd kwaliteitsstatuut hebben. Kijk hiervoor op de website van je zorgverlener of vraag naar het kwaliteitsstatuut.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
 - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
 - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
 - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet,
 - 3°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners,
 - 4°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
 - 5°. artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;
 - c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
2. Farmaceutische zorg omvat geen:
 - a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
 - b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
 - c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
 - e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.
3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.
4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.
5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.

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

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

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