

ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Farmaceutische zorg, fluoxetine, apotheekbereiding, rationele farmacotherapie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en bijlagen 1 en 2
Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202100548

Zittingsdatum : 17 november 2021

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. Op 16 maart 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 mei 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 12 mei 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 2 juni 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021018739) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is dezelfde dag aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen zijn op 11 augustus 2021 per brief uitgenodigd voor de hoorzitting op 1 september 2021. De ziektekostenverzekeraar is op 1 september 2021 gehoord. Verzoeker is zonder bericht niet verschenen. Ook was hij telefonisch niet bereikbaar. Na de hoorzitting heeft verzoeker de commissie verzocht hem alsnog te horen, onder vermelding van de reden van zijn afwezigheid op 1 september 2021. De commissie heeft besloten dit verzoek in te willigen en een tweede hoorzitting te laten plaatsvinden. Op 17 november 2021 zijn verzoeker en de ziektekostenverzekeraar gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 22 november 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 24 november 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend**** (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De behandelend arts heeft taperingstrips aan verzoeker voorgeschreven om gebruik van het middel fluoxetine af te bouwen. Het gaat om een behandeling waarbij blijkens het 'bestelformulier fluoxetine' wordt afgebouwd van 20 naar 0 mg fluoxetine met (tien) stappen van 2 mg per 28 dagen. Op het 'bestelformulier fluoxetine' zijn als risicofactoren aangevinkt 'angst afbouw' en 'eerder mislukt'.

- 3.3. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een nota ingediend van 31 december 2020 voor fluoxetine. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 januari 2021 per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij de kosten hiervan niet aan hem vergoedt.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar op 20 januari 2021 en 6 februari 2021 per brief om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 3 februari 2021 en 25 februari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.
- 3.5. Op 2 juni 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"(...)

Het geschil betreft de vraag of sprake is van rationele farmacotherapie bij het afbouwen van fluoxetine van 20 mg naar 0 mg in 10 x 28 dagen (280 dagen). Afbouwen met kleinere tussenstappen dan mogelijk is met geregistreeerde doseringen kan in sommige individuele gevallen aangewezen zijn. Er is dan wetenschappelijk bewijs nodig dat het afbouwschema effectief en werkzaam is.

Multidisciplinair document

In september 2018 heeft de beroepsgroep (KNMP, NHG, NVvP) in samenwerking met de patiëntenorganisatie MIND een multidisciplinair document ontwikkeld over de afbouw van antidepressiva. Het document voorziet onder meer in afbouwschema's met stapgroottes en voorwaarden voor afbouw. Hierin staat dat een belangrijke beïnvloedende factor voor het antidepressivumdiscontinueringssyndroom (ADS) de halfwaardetijd van het antidepressivum lijkt te zijn en dat bij middelen met een lange halfwaardetijd - zoals fluoxetine (halfwaardetijd van de actieve metaboliet > 10 dagen) - minder vaak onttrekkingsverschijnselen optreden. De auteurs van het multidisciplinair document stellen dat het voor fluoxetine, gezien deze lange halfwaardetijd, farmacologisch waarschijnlijk niet nodig is om geleidelijk af te bouwen, maar dat indien gewenst een tussenstap van 20 mg/dag (een geregistreeerde dosering) mogelijk is.

Een afbouwschema waarin fluoxetine in 280 dagen wordt afgebouwd, zoals bij verzoeker is toegepast, is niet vermeld in het multidisciplinair document.

Literatuursearch

Het Zorginstituut heeft een literatuursearch uitgevoerd in PubMed naar publicaties over het afbouwen van fluoxetine in 280 dagen. Er werden 45 artikelen gevonden, zie bijlage 1 voor de literatuurlijst. De gevonden artikelen hebben geen betrekking op het afbouwen van fluoxetine in 280 dagen. De werkzaamheid en effectiviteit van afbouwen van fluoxetine over een periode van 280 dagen blijkt dan ook niet uit wetenschappelijke literatuur. De literatuursearch leverde wel een Nederlandse gevalsbeschrijving op waarin venlafaxine na een eerdere mislukte afbouw poging succesvol kon worden afgebouwd door omzetting naar 10 mg/dag fluoxetine gedurende twee weken en daarna abrupt te stoppen. In deze publicatie concluderen de auteurs dat voor patiënten die moeite hebben met afbouwen van SSRI's vanwege onttrekkingsverschijnselen, omzetting naar fluoxetine een uitkomst kan bieden.

Situatie van verzoeker

Verzoeker geeft aan dat taperingstrips voor hem de enige manier waren om te kunnen stoppen met twee van dit soort middelen na meerdere mislukte afbouw pogingen zonder taperingstrips. Verzoeker schrijft dat hij jarenlang ellende heeft ondervonden van mislukte afbouw pogingen. Toen verzoeker overstapte naar een andere behandelaar [naam] werd hij geïnformeerd over de mogelijkheid om taperingstrips te gebruiken. De taperingstrips zijn vervolgens ook door deze behandelaar voorgeschreven. Op het recept wat tevens het bestelformulier voor fluoxetine taperingstrips is, heeft de voorschrijvend arts aangekruist dat de risicofactoren zijn: 'angst afbouw' en 'eerder mislukt'. Een verdere onderbouwing van de voorschrijvend arts voor de afbouwmedicatie

zit niet in het dossier. Hierdoor kan het Zorginstituut de motivatie van de voorschrijvend arts niet betrekken bij de beoordeling van het geschil.

Conclusie

Er kan niet geconcludeerd worden dat sprake is van rationele farmacotherapie. De werkzaamheid en effectiviteit van het afbouwen van fluoxetine van 20 mg naar 0 mg over een periode van 280 dagen blijkt niet uit wetenschappelijke literatuur. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering van taperingstrips met fluoxetine waarmee het gebruik van fluoxetine van 20 mg naar 0 mg in 280 dagen afgebouwd wordt.
(...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van taperingstrips met fluoxetine aan hem te vergoeden.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering, welk artikel op pagina 50 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van overeenkomstige toepassing is verklaard op laatstgenoemde verzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. 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.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Taperingstrips waren voor verzoeker de enige mogelijkheid om af te bouwen. Hij heeft eerder geprobeerd medicatie af te bouwen met 'beschikbare doseringen', maar kreeg hiervan ondraaglijke ontwenningssverschijnselen. Na twee mislukte afbouw pogingen is hij op advies van de voorschrijvend arts overgegaan tot langzame afbouw met taperingstrips. Zelfs in de bijsluiter staat dat geleidelijk moet worden afgebouwd als een patiënt stopt met het middel. Dit betekent dat dit wetenschappelijk is onderbouwd, aangezien het is gecontroleerd door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). Het betreft aldus rationele zorg.

Ter zitting heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het afbouwen van de fluoxetine met behulp van taperingstrips noodzakelijk was, gelet op zijn ervaringen met het afbouwen van een ander middel in het verleden. Hierbij heeft hij opgemerkt dat hij het gebruik van fluoxetine niet heeft geprobeerd af te bouwen met geregistreerde middelen. Het afbouwen van de fluoxetine met behulp van taperingstrips is probleemloos verlopen. Volgens verzoeker zou het zonder de taperingstrips niet zijn gelukt.

Verder heeft verzoeker verwezen naar het vonnis van de rechtbank Gelderland van 19 december 2019. Volgens hem blijkt uit rechtsoverweging 4.22 dat in individuele gevallen kan worden afgeweken van het multidisciplinair document en dan ruimte is voor vergoeding.

De eis om RCT's (randomised controlled clinical trial) uit te voeren op basis van de verschillende afbouwschema's is volgens verzoeker praktisch onuitvoerbaar. Er is geen grote groep mensen

te vinden die exact hetzelfde is. Verzoeker vindt dit daarom een onredelijke eis. Een individuele beoordeling is dan ook op zijn plaats en het oordeel van de behandelend arts moet als uitgangspunt moeten worden genomen.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De taperingstrips met fluoxetine zijn magistraal bereid door de betrokken apotheek. Een magistrale bereiding komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als wordt voldaan aan de eis van rationele farmacotherapie. Hiervan is geen sprake, zodat geen vergoeding kan plaatsvinden uit de zorgverzekering. De werking en effectiviteit van taperingstrips is tot op heden niet gebleken uit wetenschappelijke literatuur. Dit is al tal van keren door het Zorginstituut geconcludeerd, zoals blijkt uit de diverse bindende adviezen van de commissie waarnaar de ziektekostenverzekeraar heeft verwezen. Dat de werking en effectiviteit van taperingstrips tot op heden niet is aangetoond, is recent nog bevestigd in een artikel in het Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde (2020;164:D4004).

De tabellen 2 en 3 in het Multidisciplinair document 'Afbouwen SSRI's en SNRI's' beschrijven geen afbouwschema voor fluoxetine. Fluoxetine wordt in tabel 2 juist genoemd als medicament dat direct kan worden gestaakt. De reden dat een afbouwschema voor fluoxetine overbodig is, is dat fluoxetine en zijn actieve metaboliet een dusdanig lange halfwaardetijd (een maat voor de snelheid waarmee een geneesmiddel het lichaam verlaat) kennen dat dit medicament zichzelf feitelijk al 'tapert' na het staken van de therapie. Fluoxetine wordt vanwege de lange halfwaardetijd ingezet om van een andere SSRI of SNRI af te komen. De ziektekostenverzekeraar verwijst ter onderbouwing van zijn standpunt naar het Multidisciplinair document 'Afbouwen SSRI's en SNRI's' en het apothekershandboek 'Informatorium Medicamentorum'.

Bij de bijsluiter van fluoxetine (merknaam Prozac®) moeten twee kanttekeningen worden geplaatst. Uit de tekst spreekt een uiterste terughoudendheid dat geleidelijke vermindering van de dosering soelaas biedt voor minder ontwenningverschijnselen. Daarbij zegt de tekst niets over de wijze waarop afbouw moet plaatsvinden en op welke situaties geleidelijke afbouw ziet. Veel patiënten worden behandeld met 40 of 60 mg fluoxetine. Een geleidelijke afbouw naar de minimaal aangegeven dosering van 20 mg lijkt dan logisch, net zoals eerder dan vaak is opgebouwd van 20 mg per dag. Vanuit het perspectief van de bijsluiter moet het gaan om stappen van 10 of 20 mg die vanuit het geregistreerde geneesmiddel haalbaar zijn. De stappen die worden gebruikt in taperingstrips met fluoxetine zijn hiermee volstrekt niet vergelijkbaar.

Het vonnis van de rechtbank Gelderland van 19 december 2019 werpt geen ander licht op het geschil. De rechtbank laat zich niet uit over vergoeding van dagdoseringen. Daarnaast moet volgens rechtsoverweging 4.22 sprake zijn van afbouw van antidepressiva conform stap 3 en verder van tabel 3 van het multidisciplinair document. Hiervan is bij verzoeker geen sprake. Dat het Multidisciplinair document 'Afbouwen SSRI's en SNRI's' het mogelijk maakt bij medische noodzaak al bij aanvang van het afbouwen van antidepressiva af te wijken van tabel 2 en 3, en dat de beslissing hieromtrent in het domein van de arts ligt, betekent nog niet dat dergelijke afbouwmedicatie voor vergoeding vanuit de zorgverzekering in aanmerking komt. Deze beslissing is conform de wet en vaste jurisprudentie voorbehouden aan de zorgverzekeraars.

Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling opgemerkt dat onduidelijk is wat er zou zijn gebeurd als verzoeker het gebruik van fluoxetine had afgebouwd met geregistreerde middelen. Dat is immers niet geprobeerd.

Overwegingen commissie

Zorgverzekering

- 6.4. De varianten fluoxetine zoals verwerkt in de taperingstrips komen in de betreffende sterktes niet voor op Bijlage 1 Rzv, de lijst met door de minister aangewezen geregistreerde geneesmiddelen waarvoor de zorgverzekering dekking biedt. Het gaat om zogenoemde apotheekbereidingen. Dit zijn geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheker of een huisarts zoals bedoeld in artikel 61, eerste lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet in diens apotheek op kleine schaal zijn bereid en ter hand worden gesteld.
- 6.5. De zorgverzekering biedt dekking voor apotheekbereidingen voor zover het rationele farmacotherapie betreft. Dit is geregeld in artikel B.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering, en is conform artikel 2.8, eerste lid, onderdeel b, onder 1, Bzv. De commissie merkt op dat zij moet toetsen aan de wettelijke bepaling waaruit volgt dat de eis van rationele farmacotherapie geldt. De individuele ervaring(en) van verzoeker kan (kunnen) hierbij niet leidend zijn. Rationele farmacotherapie is een behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering.
- 6.6. Verzoeker heeft blijkens het aanvraagformulier afgebouwd met (tien) stappen van 2 mg per 28 dagen, van 20 naar 0 mg. Gesteld noch gebleken is dat deze manier van afbouwen voorkomt in de bijsluiters waaraan verzoeker refereert. Dat hierin geleidelijke afbouw wordt geadviseerd maakt deze constatering niet anders. Evenmin komt het gehanteerde afbouwschema voor in het multidisciplinair document 'Afbouwen SSRI's en SNRI's'. Tot slot blijkt de werkzaamheid en effectiviteit van de gevolgde manier van afbouwen niet uit wetenschappelijke literatuur, zo valt af te leiden uit het advies van het Zorginstituut van 2 juni 2021.
- 6.7. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over. Dit betekent dat geen sprake is van rationele farmacotherapie. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de taperingstrips ten laste van de zorgverzekering.
- 6.8. Het beroep van verzoeker op het vonnis van de rechtbank Gelderland van 19 december 2019 maakt het voorgaande niet anders. In rechtsoverweging 4.22 heeft de rechtbank het volgende geoordeeld: "Wanneer afbouwmedicatie in vloeibare vorm/suspensie niet beschikbaar is of volgens de arts geen alternatief is en er nog geen geregistreerd alternatief in tabletvorm of capsule beschikbaar is, is het gebruik van magistraal bereide geneesmiddelen voor de afbouw van antidepressiva conform stap 3 en verder van tabel 3 van het document dan ook zowel effectief als meest economisch." Er is bij verzoeker evenwel geen sprake van een afbouw conform stap 3 en verder van tabel 3 van het multidisciplinair document.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt onder voorwaarden dekking voor apotheekbereidingen die niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed, althans voor zover deze zijn opgenomen op de 'Lijst van geregistreerde geneesmiddelen, apotheekbereidingen en gezondheidsproducten die niet vanuit de basisverzekering, maar - in combinatie met aandoening(en) - wel beperkt worden vergoed vanuit de aanvullende verzekering' van de ziektekostenverzekeraar. Het middel fluoxetine is niet opgenomen op deze lijst. Dit betekent dat de taperingstrips met fluoxetine niet voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 januari 2022

J.W. Heringa

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

A: Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- a de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- b het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- c de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- d interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- e het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel A.1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op: http://wetten.overheid.nl/BWBR0018715/2018-09-07#Hoofdstuk2_Paragraaf1_Sub-paragraaf1.1_Artikel2.2.

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

A.2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- a verzekeringsplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- b verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het invoeren van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent.

A.3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

3.1 U heeft geen recht op zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van één van de volgende situaties in Nederland:

- a een gewapend conflict;
- b een burgeroorlog;
- c een opstand;
- d binnenlandse onlusten;
- e oproer en muiterij.

Dit is bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

3.2 Keuring, grieprik, doktersverklaring en bepaalde behandelingen

U heeft geen recht op:

- a keuringen;
- b grieprikken;
- c behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- d behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- e behandelingen met sterilisatie als doel;
- f behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- g behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak;
- h het afgeven van doktersverklaringen.

Let op! In sommige gevallen heeft u wel recht op deze zorg. In de polisvoorwaarden moet dan staan dat wij deze zorg wel vergoeden.



Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

a zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;

b toeslagen voor:

- afspraken buiten reguliere werktijden;
- niet-nagekomen afspraken;
- rapporten;

c verband- en hulpmiddelen die de fysiotherapeut heeft verstrekt.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

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

Hulpmiddelen

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

B.4 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

a levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding;

b het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;

c een eventueel reservehulpmiddel.

Voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Heeft u een hulpmiddel nodig dat deel uitmaakt van medisch-specialistische zorg? Dan heeft u geen recht op hulpmiddelen op basis van dit artikel. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel B.31.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde leverancier

Let op! Bestelt u uw hulpmiddelen bij een leverancier met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een leverancier die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

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

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

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

B.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 en wat de maximale vergoeding is. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een IDEA-contract heeft gesloten; en

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; en

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; en
- d polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Wettelijke eigen bijdrage

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

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

Voorwaarden voor het recht op geneesmiddelen en dieetpreparaten

- 1 De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
- 2 Een apotheek moet de geneesmiddelen leveren. 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 of, bij een apotheker met een IDEA-contract, het geneesmiddel dat de apotheek heeft aangewezen. Is er geen geneesmiddel aangewezen? Dan heeft u recht op het laagst geprijsde geneesmiddel. Uw apotheker kan u vertellen welk geneesmiddel het laagst geprijsd is. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op een niet-aangewezen of duurder geprijsd geneesmiddel. De voorschrijver (zie onder 1) moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische indicatie en moet dit kunnen onderbouwen. Meer informatie hierover leest u in de Begrippenlijst van het Reglement Farmaceutische Zorg.
- 4 U heeft alleen recht op dieetpreparaten als:
 - a u een aandoening heeft waarbij toediening van deze preparaten een essentieel onderdeel is van adequate zorg;
 - b u niet kunt uitkomen met normale aangepaste voeding en/of dieetproducten;
 - c is voldaan aan de aanvullende voorwaarden voor vergoeding die staan in bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. Bijlage 2 wordt regelmatig gewijzigd. Ook tijdens het lopende polisjaar. U kunt de meest actuele bijlage met de voorwaarden vinden op internet: <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 arts of diëtist.

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

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

- 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 farmaceutisch 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 A.4.

Wilt u weten met welke apotheken wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner 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.

Aanvullend

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

12.8 Handspalk

Wij vergoeden de kosten van een handspalk wanneer deze nodig is voor fysiotherapeutische nazorg bij specialistische handproblematiek.

Voorwaarde voor vergoeding

De handspalk moet zijn geleverd door een handtherapeut, die het certificaat handtherapeut (CHT-NL) bezit. U vindt de CHT-NL gecertificeerde handtherapeuten via de website www.handtherapie.com/zoek-uw-handtherapeut.

Aanvullend

Basis Plus Module	geen dekking
1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 40,- per persoon per kalenderjaar voor een vinger- of kleine duimspalk maximaal € 60,- per persoon per kalenderjaar voor een pols-, hand- of grote duimspalk maximaal € 90,- per persoon per kalenderjaar voor een dynamische of statische spalk
4 sterren	maximaal € 40,- per persoon per kalenderjaar voor een vinger- of kleine duimspalk maximaal € 60,- per persoon per kalenderjaar voor een pols-, hand- of grote duimspalk maximaal € 90,- per persoon per kalenderjaar voor een dynamische of statische spalk

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

D.13 Farmaceutische zorg

Wij vergoeden de kosten van sommige geneesmiddelen: melatonine (13.1), anticonceptiva (13.2) en geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vanuit de basisverzekering vergoed worden (13.3). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

13.1 Melatonine

Wij vergoeden de kosten van generieke melatoninetabletten.

Voorwaarden voor vergoeding

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

Aanvullend

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

13.2 Anticonceptiva

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder de kosten van hormonale anticonceptiva en spiraaltjes (IUD's). Voor deze geneesmiddelen gelden de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Een huisarts, arts van een centrum voor seksualiteit, verloskundige of medisch specialist moet het anticonceptiemiddel hebben voorgeschreven.
- 2 Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van een huisarts, arts van een centrum voor seksualiteit, verloskundige of medisch specialist noodzakelijk.
- 3 Het anticonceptiemiddel moet voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem.
- 4 Het anticonceptiemiddel moet worden geleverd door een gecontracteerde apotheek.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! Het anticonceptiemiddel moet geleverd worden door een apotheek die wij gecontracteerd hebben. Kiest u voor een apotheek die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a anticonceptiva als deze worden vergoed vanuit de basisverzekering op grond van een medische indicatie. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies);
- b de wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS), wanneer u de anticonceptiva vergoed krijgt vanuit de basisverzekering. Als u recht heeft op vergoeding vanuit de aanvullende verzekering geldt er geen wettelijke eigen bijdrage.



Aanvullend

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

13.3 Geregistreerde geneesmiddelen en apothekbereidingen die niet vanuit de basisverzekering vergoed worden

Wij vergoeden de kosten van een beperkt aantal geregistreerde geneesmiddelen en apothekbereidingen die niet vergoed worden vanuit de basisverzekering. Wij vergoeden de geneesmiddelen en apothekbereidingen in één van de volgende gevallen:

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

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

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

Aanvullend

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

Mond en tanden (mondzorg)

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

D.14 Orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) en een second opinion door een orthodontist of tandarts. De zorg wordt gedeclareerd met de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven prestatiecodes voor orthodontie eindigend op de letter 'A'. Daarnaast vergoeden wij het plaatsen van botankers door een kaakchirurg.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan vergoeden wij niet de kosten van reparatie of vervanging hiervan.

Wachttijd orthodontie

Voor de vergoeding van de kosten van orthodontie geldt een wachttijd van 1 jaar. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor de kosten van orthodontie. De wachttijd geldt als u Aanvullend 3 sterren of Aanvullend 4 sterren afsluit en deze in heel 2019 niet had afgesloten. Uw wachttijd geldt ook als u overstapt van één van de andere zorgverzekeraars van Achmea.

Aanvullend

Basis Plus Module	geen dekking
1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 2.000,- voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
4 sterren	maximaal € 2.500,- voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

D.15 Tandheelkundige zorg – wettelijke eigen bijdrage prothesen (kunstgebitten)

Heeft u een uitneembare volledige prothese (kunstgebit) al dan niet op implantaten vergoed gekregen vanuit de basisverzekering of deze laten repareren of rebasen (zie artikel B.10)? Dan vergoeden wij de wettelijke eigen bijdrage.

Aanvullend

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



A.17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

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

17.2 U heeft een meldingsplicht

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

17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden

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

A.18 Heeft u een klacht?

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

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

18.2 Wat doen wij met uw klacht?

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

18.3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk

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

18.4 Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk

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

18.5 Behandeling door burgerlijk rechter

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

18.6 Klachten over formulieren

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

18.7 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

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

A.19 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?

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

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

Voor een volledig overzicht van de mogelijke gebruiksdoeleinden van uw gegevens verwijzen wij naar ons [Privacystatement](#), te raadplegen op www.zilverenkruis.nl

Als wij uw persoonsgegevens gebruiken, houden wij ons aan de wetten en regels voor privacy. Onder andere:

- de Algemene Verordening Gegevensbescherming;
- de Uitvoeringswet Algemene Verordening Gegevensbescherming;
- de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars;
- het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen;
- de gedragscode Persoonlijk Onderzoek;
- de Telecommunicatiewet.

Voor meer informatie zie ons [Privacystatement](#), te raadplegen op www.zilverenkruis.nl.



C: Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

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

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

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

C.1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?

1.1 De aanvullende verzekering aanvragen

Iedereen die recht heeft op onze basisverzekering, kan op eigen verzoek een aanvullende verzekering aanvragen. U kunt één verzekering kiezen uit de Basis Plus Module en de Aanvullend 1-4 sterren. Daarnaast kunt u één verzekering kiezen uit de Aanvullend Tand Basis en Aanvullend Tand 1-4 sterren. Daarnaast kunt u Extra Vitaal afsluiten. U (verzekeringnemer) meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. U kunt ook op onze website het aanvraagformulier invullen. Maar dat kan alleen, als u tegelijkertijd onze basisverzekering aanvraagt. Wij gaan een aanvullende verzekering nooit met terugwerkende kracht aan, tenzij er sprake is van een situatie zoals omschreven in artikel C.6.1 van deze algemene voorwaarden.

1.2 Soms kunnen wij u niet aanvullend verzekeren

In een aantal gevallen sluiten wij geen aanvullende verzekering voor u af.

Wij weigeren uw aanvraag als:

- u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons is afgesloten;
- u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel A.20;
- uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft;
- u al zorg nodig heeft op het moment dat u zich aanmeldt. Of als er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang valt onder de verstrekkings vanuit de aanvullende verzekeringen;
- u een ZieZo Selectief of ZieZo Basis (basisverzekering) heeft afgesloten;
- u geen zorgverzekering heeft afgesloten en het Centraal Administratie Kantoor u een bestuurlijke boete heeft opgelegd. Tijdens de 12 maanden dat u ambtshalve verzekerd bent, kunt u geen aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen bij ons afsluiten.

1.3 Kinderen dezelfde aanvullende verzekering als de ouder

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

Let op! Is uw partner bij ons of bij een andere verzekeraar zelfstandig verzekerd voor de basisverzekering en aanvullende verzekeringen? Dan moet u zelf aangeven bij wie u uw kinderen meeverzekert. U kunt ook een aanvullende verzekering voor uw kind(eren) afsluiten, wanneer u zelf een aanvullende verzekering heeft bij ons.

C.2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?

2.1 Wat wij vergoeden

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

Vergoeding niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling

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

2.2 Vergoeding zorg bij verblijf in het buitenland

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

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

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

2.3 Wat wij niet vergoeden (samenloop van kosten)

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

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



Artikel 5 Niet-geregistreerde geneesmiddelen

In een aantal gevallen heeft u ook aanspraak op en/of recht op vergoeding van niet-geregistreerde geneesmiddelen. Het gaat hierbij om geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die:

- 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 die wet, of
- in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling (artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet), binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners en waarvan de werking wetenschappelijk onderbouwd is.

U heeft slechts aanspraak op vergoeding van deze geneesmiddelen, als er sprake is van rationele farmacotherapie¹ en de behandeling met deze middelen voor u is aangewezen. Voor geïmporteerde, niet-geregistreerde geneesmiddelen dienen wij altijd vooraf toestemming te geven voor vergoeding.

Een bijzondere vorm van niet-geregistreerde geneesmiddelen zijn de apotheekbereidingen. Deze op recept bereide geneesmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er geen (nagenoeg) gelijkwaardig geregistreerd geneesmiddel is dat niet wordt vergoed uit het geneesmiddelenvergoedingssysteem én de behandeling met het op recept bereide geneesmiddel is aan te merken als rationele farmacotherapie.

Uitzonderingen daarop zijn mogelijk indien de apotheekbereiding al in de praktijk wordt toegepast vóórdat het (nagenoeg) gelijkwaardige geneesmiddel is geregistreerd of indien de apotheekbereiding al of nog niet in de praktijk wordt toegepast en de Minister heeft besloten het (nagenoeg) gelijkwaardige geregistreerde geneesmiddel niet in het GVS op te nemen.

Als niet-rationele farmacotherapie worden beschouwd:

- bereidingen die overeenkomen met Warenwetproducten (onder andere cosmetica, shampoos, bad-oliën),
- bereidingen waarvan één van de te verwerken grondstoffen staat op de lijst van niet-rationele apotheekbereidingen van het Nederlands Zorginstituut,
- bereidingen waarvan uit de beschikbare wetenschappelijke literatuur geen rationaliteit blijkt.

Allergenen

Immunotherapie met allergenen bestaat uit langdurige toediening van allergeen houdende extracten. Het doel ervan is allergische patiënten minder gevoelig te maken voor de betreffende allergenen, zodat de klachten afnemen en het gebruik van symptomatische medicatie kan worden verminderd. Niet alle allergenen zijn geregistreerd.

Niet-geregistreerde allergenen komen in principe niet voor vergoeding in aanmerking, tenzij de behandeling met een geregistreerd middel niet mogelijk is. De voorschrijvend arts kan dan een machtiging aanvragen voor de vergoeding van een niet-geregistreerd allergeen. Deze aanvraag moet tenminste de volgende gegevens bevatten:

- de door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) verleende toestemming voor het in de handel brengen van het niet-geregistreerde allergeen voor de betreffende indicatie én
- een toelichting van de behandelend arts waarom hij denkt dat een wel geregistreerd allergeen niet afdoende is en waarom de arts deze conclusie heeft getrokken én
- 2 publicaties uit een gerenommeerd internationaal tijdschrift, waarin de rationaliteit van het gebruik van het niet-geregistreerde allergeen wordt onderbouwd.

Recht op vergoeding bestaat alleen op basis van een door ons afgegeven machtiging en op individuele basis.

Artikel 6 Dieetpreparaten

Het recht op dieetpreparaten bestaat alleen, als het gaat om een aandoening waarbij toediening van deze preparaten een essentieel onderdeel is van adequate zorg. En als de verzekerde niet kan uitkomen met normale aangepaste voeding en/of dieetproducten. Alleen polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten komen voor vergoeding in aanmerking. Voorwaarde hiervoor is dat is voldaan aan de aanvullende voorwaarden voor vergoeding. Deze voorwaarden staan in bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering (zie paragraaf 'Geneesmiddelen waaraan aanvullende voorwaarden voor vergoeding zijn gesteld'). Een andere voorwaarde om voor vergoeding in aanmerking te komen, is dat er een 'Verklaring dieetpreparaten' door de arts of diëtist is ingevuld en uw apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier vastgesteld heeft dat aan de voorwaarden is voldaan.

Artikel 7 Prestaties

Een prestatie is een vorm van dienstverlening. Op het gebied van farmaceutische zorg onderscheiden we verschillende prestaties. Deze vindt u hieronder. Per prestatie leest u of het gaat om verzekerde zorg. En zo ja, of er aanvullende eisen zijn ten aanzien van de kwaliteit van de zorgverlening en/of of er aanvullende voorwaarden worden gesteld aan de vergoeding.

Voor alle genoemde prestaties geldt dat deze alleen voor vergoeding in aanmerking komen, als een apotheek ze heeft afgeleverd, tenzij dit in dit reglement expliciet anders is bepaald. Declaraties van niet-apotheken komen niet voor vergoeding in aanmerking, tenzij wij de zorgverlener voor de desbetreffende prestatie hebben gecontracteerd.

¹ De behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering, noemen we rationele farmacotherapie.

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

Het kan voorkomen dat een middel van deze lijst tijdens het verzekeringsjaar aan de basisverzekering wordt toegevoegd. In dat geval zal het middel vanuit de basisverzekering vergoed worden en niet langer vanuit uw aanvullende verzekering.

Ingangsdatum 1 januari 2020

Naam geneesmiddel	Medische indicatie	Voorschrijver	Opmerkingen
acetylcysteïne	<ul style="list-style-type: none"> • Idiopathische longfibrose • Ernstige neuromusculaire aandoeningen (vernevelvloeistof) 	Specialist	Als mucolyticum
acetylcysteïne oogdruppels 5%	Keratocconjunctivitis sicca en andere oogaandoeningen	Specialist	
fosfaatklysma's	Obstipatie t.g.v. neurologische aandoeningen als dwarslaesie, ALS, spierziekten	Neuroloog, revalidatie-arts	Colex klysma
Gutron® (midodrine)	Orthostatische hypotensie	Specialist	
Humatin® (paromomycine)	Therapieresistente darminfecties	Specialist	Bij cryptosporidiosis bij Aids-patiënten uit de BV vergoeden
Hylo-Care®, Hylo-Comod®, Hylo®-Fresh, Hylo®-Gel, Hylo-Parin® oogdruppels	Bij oogaandoeningen met droge ogen, bijv. Syndroom van Sjögren	Specialist of huisarts	
Ebrantil (urapidil)	Hoge bloeddruk, die onvoldoende behandeld kan worden met andere geneesmiddelen die uit de basisverzekering vergoed worden	Specialist	
Kerulac®/Kerutabs®	Lactose-intolerantie	Specialist	
kunstspeeksel	Ernstige klachten van droge mond t.g.v. <ul style="list-style-type: none"> • Syndroom van Sjögren • Operaties in het hoofdhalsg gebied • Bestralingen in het hoofdhalsg gebied • Chemotherapie 	Specialist	Ook Caphosol® en Gelclair® vallen hieronder
MCT-margarine	<ul style="list-style-type: none"> • Short bowel • Leverziekte • Vetstofwisselingsziekte 	Specialist	
ORS	Chronische darmaandoeningen	Specialist	
Prevenar 13® (pneumokokken-vaccinatie)/ Neisvac C® , Bexsero®, Menveo® en Nimenrix® (meningokokkenvaccinatie)	Preventie infecties bij patiënten na een miltverwijdering met een immuunstoornis, zeer slechte longfunctie, sikkelcelziekte of HIV	Specialist	
Premeno Duo® vaginaal capsules	Overgangsverschijnselen bij vrouwen die geen hormoonpreparaten mogen gebruiken	Specialist of huisarts	
Resolor® (prucalopride)	Therapieresistente obstipatie	Specialist	
Versatis® pleisters (lidocaine)	Zenuwpijn na gordelroos	Specialist	

Naam geneesmiddel	Medische indicatie	Voorschrijver	Opmerkingen
Vitaminepreparaten en mineralen (Aquadeks®, Magnesiocard®, Co-enzym Q10® etc.)	Aangeboren stofwisselingsziekten (inclusief cystic fibrosis)	Specialist	Soort vitamine afhankelijk van de aandoening
Zonnebrandmiddelen factor 50/60	<ul style="list-style-type: none"> • Albinisme • Pigmentaandoeningen 	Dermatoloog	Vitiligo uitgesloten

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 blijkens 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.