



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Farmaceutische zorg, venlafaxine retard, taperingstrips, rationele farmacotherapie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlage 1 en
2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018

Zaaknummer : 201900669

Zittingsdatum : 23 oktober 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 23 april 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
 - 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 juli 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt aan de commissie. Een afschrift van zijn reactie is op 10 juli 2019 aan verzoeker gestuurd.
 - 2.3. Bij brief van 6 augustus 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019036394) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht en de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten verrichten. Een afschrift van dit advies is op 9 augustus 2019 aan partijen gestuurd, waarbij verzoeker is verzocht om medische informatie. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 30 augustus 2019 op het voorlopig advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift hiervan is op 3 september 2019 aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 11 september 2019 een verklaring van zijn huisarts overgelegd. Een afschrift hiervan is op 13 september 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
 - 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 oktober 2019 gehoord.
 - 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting, de nagekomen stukken en de pleitnota van de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 november 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. De commissie heeft het Zorginstituut daarbij gevraagd in het definitief advies enkele vragen te beantwoorden. Bij brieven van 3 december 2019 heeft het Zorginstituut het definitief advies aan de commissie uitgebracht en een antwoord gegeven op de gestelde vragen. Kopieën van deze brieven zijn op 4 december 2019 aan partijen gestuurd. Zij hebben de mogelijkheid gekregen hierop te reageren. Van deze mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.
3. Vaststaande feiten
- 3.1. Verzoeker was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZieZo Selectief (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ZieZo Tand 1 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
 - 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 december 2018 aan verzoeker meegedeeld dat hij de ingediende nota's ter zake van venlafaxine retard taperingstrips niet vergoedt.

- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 4 maart 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 6 augustus 2019 heeft het Zorginstituut verklaard:
“(…)
Beoordeling
Over het afbouwen van antidepressiva bestaat al jaren discussie. Daarom hebben de betrokken beroepsgroepen in september 2018 gezamenlijk een document uitgebracht: Multidisciplinair document 'Afbouwen SSRI's en SNRI's'. (...) Het door verzoeker aangehaalde artikel (rapport van Groot, 2017) is reeds meegewogen en betrokken bij het multidisciplinair document 'Afbouwen SSRI's en SNRI's'. Het document geeft handvatten voor de afbouw van SSRI's en SNRI's. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen patiënten met en zonder risicofactoren voor antidepressivumdiscontinueringssyndroom (ADS). Voor beide groepen zijn voorbeelden gegeven over afbouwschema's. Het is niet duidelijk in hoeverre de behandeling van verzoeker overeenkomt met de inhoud van het document en indien de behandeling afwijkt van het document wat de argumenten daarvoor zijn.
Nader onderzoek
*Het Zorginstituut kan op basis van de informatie in het dossier niet beoordelen of er sprake is van rationele farmacotherapie. De aanvraag van verzoeker is niet onderbouwd. Het dossier bevat geen informatie over de situatie van verzoeker, geen verklaring van de behandelend arts met betrekking tot o.a. het afbouwschema, aanwezigheid van risicofactoren voor ADS en de medische noodzakelijkheid van deze specifieke wijze van afbouwen.
(...)”*
- 3.5. De huisarts heeft over verzoeker verklaard:
"Situatie verzoeker:
Verzoeker gebruikt sinds 2 jaar het antidepressivum Venlafaxine en wil het gebruik van dit middel afbouwen omdat de reden van het gebruik van het middel niet meer aanwezig is.
Aanwezigheid van risicofactoren voor ADS
Verzoeker heeft zelfstandig het gebruik kunnen afbouwen eerst van 150 mg naar 112,5 mg en vervolgens van 112,5 naar 75 mg per dag de laatste periode gepaard met symptomen van ADS (hoofdpijn, nachtmerries, angst, zweten, diarree en prikkelbaarheid).
Medische noodzakelijkheid van deze specifieke wijze van afbouwen:
In november 2018 wilde verzoeker verder afbouwen naar 37,5 mg per dag. Maar omdat tijdens de afbouw van 112,5 naar 75 mg symptomen van ADS werden ervaren, is in overleg besloten om gebruik te maken van taperingstrips van de Regenboogapotheek, omdat hiervoor tot nog toe geen alternatief geregistreerd product op de markt bestaat.
Afbouwschema:
Binnen een maand werd geleidelijk afgebouwd van 75 naar 37,5 mg. De afgeleverde taperingstrips bevatten Venlafaxine capsules met vertraagde afgifte 37,5 mg en Venlafaxine Retard tabletten 20 mg, 10 mg, 5 mg, 2 mg en 1 mg.”
- 3.6. Het definitief advies van het Zorginstituut van 3 december 2019 luidt:
"Beoordeling
Zoals is aangegeven in het voorlopig advies komen apotheekbereidingen voor vergoeding in aanmerking indien er sprake is van rationele farmacotherapie. In het multidisciplinair document 'Afbouwen SSRI's en SNRI's' (zie voorlopig advies onder kopje beoordeling) wordt een voorbeeld gegeven van een afbouwschema voor het afbouwen van venlafaxine bij aanwezigheid van risicofactoren voor ADS. Het afbouwschema gaat van 75 mg/dag in 10 stappen naar 0 mg/dag per dag. De standaardaanbeveling op basis van de halfwaardetijd en steady state is één week per stap. De manier waarop verzoeker het gebruik van venlafaxine wil afbouwen (binnen een maand of langer de dagdosis verlagen van 75 mg tot 37,5 mg) komt niet voor in het multidisciplinair document. Het Zorginstituut heeft onderzocht of er nieuwe wetenschappelijke publicaties beschikbaar zijn voor deze wijze van het afbouwen van venlafaxine, voor zover deze nog niet beoordeeld zijn door de

werkgroep van het multidisciplinair document. Het Zorginstituut heeft een literatuursearch uitgevoerd in PubMed op 21 November 2019. Dit heeft geleid tot drie publicaties: een case report over het afbouwen van venlafaxine met behulp van fluoxetine, een studie over de effectiviteit en een studie over bijwerkingen van venlafaxine. Deze drie publicaties zijn niet relevant voor de beoordeling van dit geschil. De werkzaamheid en effectiviteit van de wijze van afbouwen van verzoeker blijkt daarom niet uit wetenschappelijke literatuur.

Conclusie

Op basis van het bovenstaande kan niet geconcludeerd worden dat sprake is van rationele farmacotherapie. De werkzaamheid en effectiviteit van de wijze van afbouwen van verzoeker blijkt niet uit wetenschappelijke literatuur. De taperingstrips met venlafaxine komen daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van basisverzekering.
(...)"

3.7. Bij brief van 3 december 2019 heeft het Zorginstituut verklaard:

"(...)

Vraag 1:

Deelt het Zorginstituut de zienswijze van de zorgverzekeraar dat patiënten mét risicofactoren voor het ADS in een keer kunnen afbouwen van 75 mg naar 37,5 mg, althans dat zij kunnen afbouwen met geregistreerde varianten van het middel, zodat hoe dan ook geen sprake kan zijn van rationele farmacotherapie? De Geschillencommissie Zorgverzekeringen vraagt u uw antwoord te onderbouwen.

Antwoord:

Het Zorginstituut kan naar aanleiding van een geschil alleen beoordelen of er sprake is van een te verzekeren prestatie en of de betreffende verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op deze prestatie. Voor dit geschil heeft het Zorginstituut beoordeeld of er sprake is van rationele farmacotherapie in het specifieke geval van verzoeker. Het Zorginstituut kan naar aanleiding van het geschil geen algemene uitspraken doen over afbouwen van 75 mg naar 37,5 mg venlafaxine bij patiënten met risicofactoren voor ADS (antidepressivumdiscontinueringsyndroom).

Vraag 2:

Indien vraag 1 ontkennend wordt beantwoord, kan dan ten laste van de zorgverzekering venlafaxine worden voorgeschreven en ter hand gesteld in de vorm van een of meer apotheekbereidingen, met een zodanige sterkte als voor verzoeker aangewezen is, teneinde alsnog af te bouwen naar 37,5 mg?

Antwoord:

Deze vraag wordt beantwoord in het definitief advies.

Vraag 3:

Deelt het Zorginstituut de zienswijze dat een geleidelijke afbouw van venlafaxine, zoals in het multidisciplinair document beschreven, vanuit medisch oogpunt een juiste en verantwoorde handelwijze is voor patiënten met een of meer risicofactoren?

Antwoord:

Het Zorginstituut neemt naar aanleiding van het geschil geen algemeen standpunt in over het multidisciplinair document. Het Zorginstituut beoordeelt alleen of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van taperingstrips met venlafaxine ten laste van de basisverzekering. Het Zorginstituut maakt bij de beoordeling gebruik van meerdere (wetenschappelijke) informatiebronnen, waaronder het multidisciplinair document.

Vraag 4:

Kan aan verzoeker ten laste van de zorgverzekering een of meer apotheekbereidingen venlafaxine worden geleverd, met een zodanige sterkte als voor hem aangewezen is teneinde te komen tot een afbouw vanaf 37,5 mg?

Vraag 5:

indien vraag 4 ontkennend wordt beantwoord, wat zijn de overwegingen daartoe?

Antwoord op vraag 4 en 5:

Deze vragen worden beantwoord in het definitief advies.

Vraag 6:

Indien vraag 4 ontkennend wordt beantwoord, zijn voor verzoeker nadelige gevolgen en/of risico's en/of gezondheidsschade te verwachten als gevolg van het feit dat hij niet de beschikking kan

krijgen over het geneesmiddel venlafaxine in een zodanige sterkte als voor hem aangewezen is voor de afbouw van dit middel vanaf 37,5 mg?

Antwoord:

Het Zorginstituut beoordeelt of verzoeker is aangewezen op het gevraagde. Er is in het geval van verzoeker geen sprake van rationele farmacotherapie. Dit betekent dat niet wetenschappelijk bewezen is dat de manier van afbouwen bewezen werkzaam en effectief is. Of voor verzoeker nadelige gevolgen en/of risico's en/of gezondheidsschade te verwachten zijn kan het Zorginstituut niet beoordelen. Het Zorginstituut merkt hierbij op dat de verzoeker het gebruik van venlafaxine kan afbouwen mits er sprake is van rationele farmacotherapie. Uit de stukken in het dossier blijkt niet dat verzoeker wil afbouwen vanaf 37,5 mg. In geschil is het afbouwschema van 75 mg tot 37,5 mg."

4. Het geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de afgeleverde venlafaxine retard taperingstrips 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 18 van de zorgverzekering. Dit artikel is ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering.

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.

Ten aanzien van de zorgverzekering

6.2. De aan verzoeker afgeleverde venlafaxine retard (vertraagde afgifte) taperingstrips zijn in de gegeven doseringen geen geregistreerde geneesmiddelen. Het betreft zogenoemde magistrale bereidingen. Dit betekent dat de middelen zijn bereid door de apotheek. De zorgverzekering dekt magistrale bereidingen uitsluitend als sprake is van rationele farmacotherapie. Onder dit laatste wordt verstaan een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld, én die het meest economisch is voor verzekerde of de zorgverzekering. Dit blijkt uit artikel 5 ('Verzekerde zorg basisverzekeringen') van de zorgverzekering.

6.3. Verzoeker meent dat aan het vereiste van rationele farmacotherapie is voldaan. Hij verwijst hierbij naar hoofdstuk 3 van het rapport 'Ontwikkeling en rationaliteit van taperingstrips' en de door de apotheek overgelegde literatuur. Verder wijst verzoeker op de door zijn arts vastgestelde medische noodzaak voor het gebruik van lage doseringen venlafaxine retard om verantwoord te kunnen afbouwen. Voor de noodzakelijke lage doseringen venlafaxine retard bestaan geen geregistreerde alternatieven. Verzoeker voert verder aan dat het tegenstrijdig is dat bij het afbouwen van 75 mg venlafaxine retard naar 37,5 mg geen sprake is van rationele farmacotherapie, maar bij het afbouwen van 37,5 mg venlafaxine retard naar 0 wel.

6.4. De ziektekostenverzekeraar betwist dat wordt voldaan aan genoemd vereiste. De werkzaamheid en effectiviteit van een (zeer) vertraagde afbouw van medicatie door middel van taperingstrips blijkt namelijk niet uit wetenschappelijke literatuur. Ook niet uit de literatuur die de apotheek

heeft overgelegd. Taperingstrips zijn daarom in het algemeen geen rationele farmacotherapie. Dit is volgens de ziektekostenverzekeraar onderschreven in diverse eerdere adviezen van het Zorginstituut aan de commissie en in eerdere bindende adviezen van de commissie, zoals die met zaaknummer 201601423, 201601491, 201601537, 201602636, 201700901 en 201700970. In lijn met tabel 3 uit het Multidisciplinair document 'Afbouwen SSRI's en SNRI's' vergoedt de ziektekostenverzekeraar taperingstrips voor de afbouw van 37,5 mg venlafaxine (retard) naar 0 mg in 28 dagen onder voorwaarden op basis van coulance. Hij tekent naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut van 6 augustus 2019 aan dat gezien deze tabel nooit sprake is van rationele farmacotherapie als het gaat om het afbouwen van venlafaxine bij doseringen boven de 37,5 mg tot aan 37,5 mg. Aangezien dit aan de orde is, is nader onderzoek naar de mening van de ziektekostenverzekeraar overbodig.

- 6.5. De commissie stelt in de eerste plaats vast dat het geschil betrekking heeft op de afbouw van 75 mg naar 37,5 mg venlafaxine retard. De vraag die ter beantwoording voorligt, is of deze afbouw, op basis van het door verzoeker gevolgde schema, is aan te merken als rationele farmacotherapie. Het Zorginstituut heeft de commissie bij brief van 6 augustus 2019 geadviseerd nader onderzoek te laten verrichten. Verzoeker heeft naar aanleiding hiervan een verklaring van zijn huisarts overgelegd. Het Zorginstituut heeft op basis van deze informatie in het definitief advies van 3 december 2019 geconcludeerd dat geen sprake is van rationele farmacotherapie. De werkzaamheid en effectiviteit van de wijze van afbouwen van verzoeker blijkt niet uit wetenschappelijke literatuur. Hierbij is overwogen dat de manier waarop verzoeker het gebruik van venlafaxine retard afbouwt niet voorkomt in het multidisciplinair document 'Afbouwen SSRI's en SNRI's'. In dit document wordt een voorbeeld gegeven van een afbouwschema. De standaardaanbeveling op basis van de halfwaardetijd en steady state is één week per stap. Verzoeker wenst de dagdosis van 75 mg naar 37,5 mg te verlagen binnen één maand of langer. In het multidisciplinair document is het door verzoeker aangehaalde rapport meegewogen. Het Zorginstituut heeft in PubMed gezocht naar (andere) wetenschappelijke publicaties over het door verzoeker gevolgde afbouwschema die niet zijn betrokken in het multidisciplinair document. Er zijn echter geen relevante publicaties gevonden.
- 6.6. Verzoeker heeft in de procedure bezwaar gemaakt tegen de betrokkenheid van het Zorginstituut. Hij is van mening dat het Zorginstituut bevooroordeeld is als het gaat om de aanspraak op taperingstrips. Dit heeft hij met stukken van het Zorginstituut onderbouwd. De commissie overweegt dat verzoeker, vóór het geschil ter beoordeling aan haar voor te leggen, had kunnen en moeten weten dat zij in deze zaak op grond van de wet verplicht is aan het Zorginstituut advies te vragen. Dit volgt uit artikel 114, derde lid, Zvw. De overgelegde stukken doen aan deze wettelijke verplichting niets af. Verder is de commissie in beginsel gehouden het advies van het Zorginstituut te volgen. Zij kan hiervan alleen gemotiveerd afwijken. Het Zorginstituut heeft deugdelijk onderbouwd dat geen sprake is van rationele farmacotherapie. Hierbij is met name verwezen naar het multidisciplinair document, dat tot stand is gekomen met de betrokken beroepsgroepen. De commissie ziet daarom geen reden van het definitief advies van 3 december 2019 af te wijken en neemt dit advies over. De stelling van verzoeker dat sprake is van tegenstrijdigheid, maakt dit niet anders. In het multidisciplinair document is onderbouwd hoe tabel 3, waarin deze tegenstrijdigheid naar voren komt, tot stand is gekomen: *"De doseringen van de afbouwschema's in tabel 3 zijn berekende doseringen en benaderen een daling van 10% in de serotoninetransporterbezettingsgraad per stap [Klein 2007, Meyer 2004, Suhara 2003, Takano 2006]."* Aangezien geen sprake is van rationele farmacotherapie, heeft verzoeker geen recht op vergoeding van de door hem afgenomen taperingstrips.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor farmaceutische zorg. De venlafaxine retard taperingstrips kunnen daarom niet op basis van deze verzekering worden vergoed.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 januari 2020,



G.R.J. de Groot



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 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
 - 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 op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, 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;
 - 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;
 - e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet.

(...)

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.

(...)

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, wat niet wordt vergoed uit de basisverzekering én
- de behandeling met het op recept bereide geneesmiddel is aan te merken als rationele farmacotherapie.

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 diëtist, medisch specialist of jeugdarts is ingevuld en uw apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier vastgesteld heeft dat aan de voorwaarden is voldaan.

De huisarts kan dieetpreparaten alleen voorschrijven bij allergieën die met een provocatie-eliminatie-test vastgesteld zijn.

De huisarts kan dan de 'Verklaring' invullen.

Artikel 7 (deel) Prestaties

Een (deel)prestatie is een vorm van dienstverlening. Op het gebied van farmaceutische zorg onderscheiden we verschillende (deel)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 (deel)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.

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

5 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

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

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

U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:

- a alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een IDEA-contract heeft gesloten;
- b de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheek zonder contract;
- c andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor u of uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:
 - geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheek in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- d polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

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

Voorwaarden voor het recht op geneesmiddelen en dieetpreparaten

- 1 De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
- 2 Een apotheek moet de geneesmiddelen leveren. Dieetpreparaten mogen ook geleverd worden door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.

- 3 Zijn er identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan heeft u alleen recht op de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op een niet-aangewezen geneesmiddel. Namelijk als het medisch niet verantwoord is om u te behandelen met het geneesmiddel dat wij hebben aangewezen. De voorschrijver (zie onder 1) moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische indicatie en moet dit kunnen onderbouwen. Meer informatie hierover leest u in de Begrippenlijst van het Reglement Farmaceutische Zorg.
- 4 U heeft alleen recht op dieetpreparaten als:
 - a u een aandoening heeft waarbij toediening van deze preparaten een essentieel onderdeel is van adequate zorg;
 - b u niet kunt uitkomen met normale aangepaste voeding en/of dieetproducten;
 - c is voldaan aan de aanvullende voorwaarden voor vergoeding die staan in bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. Bijlage 2 wordt regelmatig gewijzigd. Ook tijdens het lopende polisjaar. U kunt de meest actuele bijlage met de voorwaarden vinden op internet: <http://wetten.overheid.nl>; tik in het zoekvenster Regeling zorgverzekering; klik op vind; klik op Regeling zorgverzekering; klik in de lijst links onderaan op Bijlage 2;
 - d als ze zijn voorgeschreven door een jeugdarts, medisch specialist of diëtist. De huisarts kan dieetpreparaten alleen voorschrijven bij allergieën die met een provocatie-eliminatietest vastgesteld zijn.

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

Voorwaarden voor het recht op (deel)prestaties

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

Let op! Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar. Bij plaatsing door een gynaecoloog wordt zowel de plaatsing als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. U betaalt dan eigen risico. Bij plaatsing door een huisarts worden, zowel de plaatsing, als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. Het eigen risico geldt dan alleen voor de spiraal. Voor de plaatsing van de spiraal door de huisarts is geen eigen risico verschuldigd.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

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

- a anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder, tenzij er een medische indicatie voor is. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies);
- b geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- c farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat u daar geen recht op heeft;
- d geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, derde lid, onder b van de Geneesmiddelenwet;
- e geneesmiddelen die staan in artikel 40, derde lid, onder f van de Geneesmiddelenwet;
- f geneesmiddelen die therapeutisch gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
- g zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen;
- h alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg;



- i homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen;
- j niet geregistreerde allergenen, tenzij de behandeling met een geregistreerd allergeen niet mogelijk is. U heeft alleen recht op een niet geregistreerd allergeen op basis van een door ons afgegeven machtiging op individuele basis.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde apotheek

Let op! Voor het recht op farmaceutische zorg geldt dat wij speciaal voor ZieZo Basis en ZieZo Selectief een beperkt aantal internetapotheken hebben gecontracteerd. Dat betekent dat u bij voorkeur gebruik dient te maken van de door ons gecontracteerde internetapotheken. Kan deze internetapotheek de gewenste geneesmiddelen en/of dieetpreparaten niet leveren? Of er zijn andere omstandigheden waardoor u, uw geneesmiddelen en dieetpreparaten, bij een andere apotheek wilt bestellen? Dan kunt u ook gebruik maken van een andere door ons gecontracteerde apotheek. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde apotheek, dan vergoeden wij 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde apothekers).

Wilt u weten met welke apotheken wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde apotheken vindt u ook op onze website.

Mond en tanden (mondzorg)

U heeft recht op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plagen te bieden. In de onderstaande artikelen (van 6 tot en met 12) gaan wij hierop in.

6 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

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

Let op! In andere gevallen valt orthodontie niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende verzekering afsluiten. N.B. Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar.

Voorwaarden voor het recht op orthodontie in bijzondere gevallen

- 1 De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- 2 Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor een behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- 3 Voor deze behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
- 4 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan heeft u geen recht op reparatie of vervanging hiervan.

7 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan heeft u recht op de volgende tandheelkundige behandelingen:

- a periodiek preventief tandheelkundig onderzoek 1 keer per jaar (jaarlijkse controle), of meerdere keren per jaar, als u tandheelkundig op die hulp bent aangewezen;

- b incidenteel tandheelkundig consult;
- c het verwijderen van tandsteen;
- d maximaal 2 keer per jaar een fluoridebehandeling vanaf het moment van doorbreken van blijvende gebitselementen, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen. Wij moeten u hier wel vooraf toestemming voor hebben gegeven;
- e sealing (afdichten groeven van kiezen);
- f parodontale hulp (behandeling van tandvlees);
- g anesthesie (verdooving);
- h endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling);
- i restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen);
- j gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtsproblemen);
- k uitneembare prothetische voorzieningen (frameprothese, partiële prothese (plaatje) of volledig kunstgebit);
- l chirurgische tandheelkundige hulp. Het aanbrengen van tandheelkundige implantaten valt niet onder deze zorg;
- m röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

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

- 1 De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus. Deze moet bevoegd en bekwaam zijn om de betreffende behandeling uit te voeren.
- 2 Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, tandarts-specialist of een huisarts.
- 3 U heeft alleen recht op het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling, als er sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 6 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'). U heeft hiervoor dan al toestemming van ons gekregen.
- 4 Is er zorg nodig zoals omschreven in artikel 6, 10.2, 11 of 12 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'? Dan moeten wij u hier vooraf toestemming voor hebben gegeven. Meer hierover leest u in deze artikelen.
- 5 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor het maken van een kaakoverzichtsfoto (X21). Uw zorgverlener kan toestemming bij ons aanvragen. Vervolgens beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

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

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

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



16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

Als een zorgverlener of zorginstelling iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk. Ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener of zorginstelling deel uitmaakt van de basisverzekering.

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 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.

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 Klachtcoördinatie. 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, per e-mail, 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, per e-mail, telefonisch, via onze website of per faxbericht. 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 (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.

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:

- 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.

Als wij uw persoonsgegevens gebruiken, moeten wij ons houden aan de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars'. Wij handelen hiermee volgens de eisen van de Wet bescherming persoonsgegevens en volgens de in mei 2018 veranderende wetgeving. Bovenstaande gegevensverwerkingen zijn aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens.

19.2 Als u geen informatie wilt over onze producten en diensten

Wilt u geen informatie over onze producten en/of diensten? Of wilt u uw toestemming intrekken voor het gebruik van uw e-mailadres? Dan kunt u dit melden via onze website.

19.3 Wij raadplegen het Centraal Informatie Systeem voor acceptatie

Om een verantwoord acceptatiebeleid te kunnen voeren, mogen wij als Zilveren Kruis uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist. Deelnemers van de Stichting CIS kunnen ook onderling gegevens uitwisselen. Het doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Voor alle informatie-uitwisseling via Stichting CIS geldt het privacyreglement van CIS. Meer informatie vindt u op www.stichtingcis.nl.

19.4 Wij mogen uw gegevens doorgeven aan derden

Vanaf het moment dat uw basisverzekering ingaat, mogen wij aan derden (waaronder zorgverleners, zorginstellingen, leveranciers, Vecozo, Vektis en het CAK) uw adres-, verzekerings- en polisgegevens vragen en geven. Dit mogen wij doen voor zover dit nodig is om de verplichtingen op grond van de basisverzekering na te komen. Is het om een dringende reden noodzakelijk dat derden uw adres-, verzekerings- en polisgegevens niet mogen inzien? Dan kunt u ons dat schriftelijk melden. Achmea verkoopt uw gegevens niet.

19.5 Wij registreren uw burgerservicenummer

Wij zijn wettelijk verplicht uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie op te nemen. Uw zorgverlener of zorginstelling is wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Ook andere dienstverleners die zorg bieden in het kader van de Zorgverzekeringswet, moeten dit doen. Wij gebruiken dus ook uw BSN, als wij communiceren met deze partijen.



Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

De algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering, zijn ook van toepassing op uw aanvullende verzekeringen. Uitzonderingen hierop zijn artikel 1.1 lid a-d (Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op) en artikel 4.2 tekstblok over omzetplafonds en artikel 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.

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 (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 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 20 van de algemene voorwaarden van de basisverzekering;
- 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 verstrekkingen vanuit de aanvullende verzekeringen.

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. 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.

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 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 3 van de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'. 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 wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij deze vergoeding expliciet is opgenomen in de aanvullende verzekering.

Er is geen dekking uit hoofde van deze aanvullende verzekeringen indien en voor zover de geneeskundige kosten worden gedekt vanuit enige wet of andere voorziening of door een andere verzekering (waaronder een reisverzekering), al dan niet van oudere datum, of daaronder gedekt zouden zijn indien deze aanvullende verzekeringen niet zou hebben bestaan.

2.4 Kosten die voortvloeien uit terrorisme

Is er sprake van kosten als gevolg van terrorisme? Dan vergoeden wij vanuit de aanvullende verzekeringen maximaal de uitkering zoals omschreven in het clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismede schade N.V.. Dit clausuleblad en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op www.terrorismede schade.nl. Het clausuleblad kunt u vinden op onze website.

2.5 Vergoedingsvolgorde bij meerdere verzekeringen

Heeft u meerdere verzekeringen bij ons afgesloten? Dan vergoeden wij de nota's die u bij ons indient achtereenvolgens vanuit:

- de basisverzekering;
- de aanvullende tandartsverzekering;
- de aanvullende verzekering.

3 Is er een verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico?

Uw verplicht eigen risico en uw eventuele vrijwillig gekozen eigen risico zijn alleen van toepassing op de basisverzekering. Voor de aanvullende verzekeringen geldt dus geen eigen risico voor de vergoedingen.

