

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders)

Zaaknummer: 202401190

Partijen

A te B , hierna te noemen: verzoeker.

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 9 augustus 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 2 september 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 23 oktober 2024 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 24 oktober 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij emailbericht van 13 november 2024 heeft verzoeker een aanvullende reactie gestuurd. Een kopie van deze reactie is op dezelfde datum aan de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut gezonden.
- 1.4. Bij brief van 20 november 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024039243) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 21 november 2024 aan partijen gezonden.
- 1.5. Verzoeker heeft de commissie op 6 december 2024, 17 december 2024 en 8 januari 2025 aanvullende stukken gezonden. Kopieën van deze stukken zijn aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.6. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 januari 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.7. Tijdens de hoorzitting is besproken dat verzoeker vier weken de tijd krijgt om zijn verzoek om coulance nader te onderbouwen. Dit heeft hij gedaan met het e-mailbericht van 8 februari 2025. Een kopie van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens bij brief van 11 maart 2025 gereageerd.

- 1.8. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de reacties van 8 februari 2025 en 11 maart 2025 zijn op 12 maart 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 20 november 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 19 maart 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is op 20 maart 2025 naar partijen gestuurd met de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren. Partijen hebben hiervan geen gebruik gemaakt.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Basis Plus Module (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tand Basis is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker is bekend met radriculaire pijn. Hij gebruikt hiervoor 1,5 gram medicinale cannabis per dag. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar vergoeding gevraagd van het door hem gebruikte geneesmiddel Cannabis flos Bedrocan®.
- 2.3. Bij brief van 14 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij de kosten van het geneesmiddel niet vergoedt.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 14 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 20 november 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 19 maart 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van het geneesmiddel Cannabis flos Bedrocan® aan hem te vergoeden.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe aangevoerd, in zijn brief van 9 augustus 2024, dat hij aan neurologische pijn lijdt. Na een langdurig behandeltraject is hij uitgekomen bij het geneesmiddel Cannabis flos Bedrocan® aangezien andere medicijnen niet effectief waren en negatieve bijwerkingen veroorzaakten. Verzoeker begrijpt dat de ziektekostenverzekeraar gebonden is aan wet- en regelgeving, maar is van mening dat zijn specifieke omstandigheden een uitzondering rechtvaardigen. Het geneesmiddel is voor verzoeker noodzakelijk en biedt een oplossing waar andere, vaak duurdere en minder effectieve medicijnen tekortschieten. De keuze voor dit geneesmiddel is gemaakt na overleg met de behandelend arts. Op basis van medische noodzaak en de unieke omstandigheden van het geval zou voor verzoeker een uitzondering moeten worden gemaakt. Verzoeker heeft een artikel overgelegd over een cartridge met daarin een gestandaardiseerde hoeveelheid cannabis. Deze cartridge is onlangs EU-GMP gecertificeerd. Verzoeker verwijst verder naar een door hem overgelegde aangevulde gebruikersverklaring van 1 januari 2024 en een verklaring van zijn persoonlijk ambulant begeleider van 7 januari 2025.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij door het gebruik van het middel weer energie heeft gevonden in het leven. Hij slaapt en ontspant beter. De pijn zal nooit verdwijnen,

maar verzoeker voelt zich mentaal en fysiek sterker. Verzoeker heeft in overleg met zijn specialist bewust gekozen voor het gebruik van medicinale cannabis.

- 3.4. Verzoeker heeft na de hoorzitting ter onderbouwing van zijn verzoek om coultance een aanvullende verklaring van zijn voorschrijver overgelegd. De voorschrijver heeft hierin verklaard: *“Cannabis helpt goed tegen zijn zenuwpijn in het linkerbeen. Andere medicamenteuze mogelijkheden zijn nog niet allemaal geprobeerd, maar gaan waarschijnlijk niet beter helpen dan cannabis. (...) Eerdere pijnmedicatie: Bediol (goedkoper in apotheek, ook constantere kwaliteit), tramadol (onrust in hoofd) gabapentine (huiduitslag).”*

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de kosten van het geneesmiddel niet vanuit de zorgverzekering kunnen worden vergoed. In zijn reactie aan de commissie van 23 oktober 2024 licht hij toe dat het geneesmiddel niet is opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Om deze reden komt het niet voor vergoeding in aanmerking. Geneesmiddelen die niet zijn geregistreerd kunnen onder de aanspraak op farmaceutische zorg vallen als er sprake is van rationele farmacotherapie. Het Zorginstituut heeft in 2003 het standpunt ingenomen dat medicinale cannabis voor geen enkele indicatie rationele farmacotherapie betreft. In 2017 is door het Zorginstituut na nieuw onderzoek geconcludeerd dat geen aanleiding bestaat voor een herziening van het standpunt uit 2003. Er is geen sprake van een bewezen effectieve werking van medicinale cannabis en hiermee wordt niet voldaan aan het criterium van rationele farmacotherapie.
- 4.2. Uit het dossier blijkt voorts niet van een onderbouwing door de voorschrijver van het geneesmiddel. De motivering om verzoeker medicinale cannabis voor te schrijven is niet bekend. De medische noodzaak is hiermee niet onderbouwd en ook is niet duidelijk welke alternatieven zijn onderzocht. Er is dan ook niet gebleken van een medische noodzaak of specifieke omstandigheden die vergoeding van het geneesmiddel, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden rechtvaardigen.
- 4.3. Het door verzoeker toegestuurde artikel betreft een publicatie over een cartridge met daarin een gestandaardiseerde hoeveelheid cannabis. De cartridge is onlangs EU-GMP gecertificeerd. Dat een hulpmiddel met cannabis wordt goedgekeurd voor gebruik wil echter niet zeggen dat dit ook wordt vergoed.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat er vanuit de ziektekostenverzekeraar begrip is voor de persoonlijke situatie van verzoeker. Er is geen wetenschappelijk bewijs voor de werking van medicinale cannabis en daarom kan de ziektekostenverzekeraar het middel niet vergoeden. Om een goede beoordeling te kunnen maken van het verzoek om coultance buiten de wet- en regelgeving om is meer informatie noodzakelijk. Het gaat dan om informatie over in het verleden gebruikte alternatieven, de resultaten daarvan en waarom het gebruik van medicinale cannabis voor verzoeker de beste oplossing is voor verzoeker.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar ziet in de door verzoeker na de zitting toegestuurde verklaring van de voorschrijver geen aanleiding om het geneesmiddel uit coultance te vergoeden. De precedentwerking naar andere verzekerden zou te groot zijn. Daarnaast zijn er mogelijk voor verzoeker alternatieven beschikbaar die wel vanuit de basisverzekering worden vergoed.

5. Advies Zorginstituut

5.1. In het voorlopig advies van 20 november 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is farmacotherapeutisch en juridisch beoordeeld.

Verzoeker geeft aan dat bij hem sprake is van chronische neurologische pijn. Dit wordt ook wel neuropathische pijn wordt genoemd. Dit is pijn die optreedt als gevolg van een beschadiging of ziekte van het perifere of centrale somatosensorische zenuwstelsel. De pijn is meestal chronisch van aard.

Standpunt medicinale cannabis

Het Zorginstituut heeft in 2003 het standpunt ingenomen dat medicinale cannabis voor geen enkele indicatie rationele farmacotherapie betreft. Dit standpunt is begin 2016 herbevestigd. Medio 2017 heeft de minister van VWS aan het Zorginstituut gevraagd om te onderzoeken of recente wetenschappelijke publicaties aanleiding kunnen geven tot een herbeoordeling van medicinale cannabis. Naast wetenschappelijke literatuur heeft het Zorginstituut hierbij ook internationale rapporten betrokken die autoriteiten in andere landen hebben gebruikt als basis voor hun besluit om medicinale cannabis wel (gedeeltelijk) te vergoeden. Het Zorginstituut stelde na dit onderzoek vast dat er sprake is van belangrijke tekortkomingen in de bewijskracht van de gepubliceerde studies. Het Zorginstituut constateerde dat de bewijskracht voor effectiviteit van medicinale cannabis bij verschillende ziektebeelden, waaronder chronische pijn (neuropathische pijn, oncologische/ palliatieve pijn etc.), gemiddeld laag is. Dit heeft tot de conclusie van het Zorginstituut geleid dat er geen aanleiding bestaat voor een integrale herbeoordeling van medicinale cannabis en dat het eerdere advies (uit 2003) geen herziening behoeft. Vergoeding van medicinale cannabis vanuit het basispakket blijft hierdoor (nog steeds) niet mogelijk omdat niet voldaan wordt aan het criterium rationele farmacotherapie.

Update literatuursearch

Om te beoordelen of sinds 2017 nieuwe wetenschappelijke literatuur is gepubliceerd heeft het Zorginstituut op 8 november 2024 een literatuursearch uitgevoerd in PubMed. De literatuursearch heeft geleid tot 29 hits. Hiervan werden negen artikelen geïncludeerd, die relevant werden geacht voor de beoordeling van dit geschil (zie bijlage 1 voor de literatuurlijst). In de gevonden literatuur zijn meerdere systematische reviews aanwezig die concluderen dat er een gebrek is aan goede evidence dat (geneesmiddelen die gebaseerd zijn op) cannabis werkzaam is (zijn) bij chronische neuropathische pijn. Daarnaast blijkt dat het gebruik van medicinale cannabis gepaard gaat met bijwerkingen zoals somnolentie, sedatie, verwardheid en psychose, en dit kan de klinische bruikbaarheid van medicinale cannabis beperken. Uit de gevonden literatuur blijkt voorts dat onderzoek nodig is van hoge kwaliteit, waarbij ook patiënten met een voorgeschiedenis van middelenmisbruik en andere significante comorbiditeiten worden geïncludeerd, en waarbij ook de lange termijn effecten van medicinale cannabis worden onderzocht. Tot slot volgt uit het literatuuronderzoek dat momenteel onvoldoende bekend is wat de beste toedieningsvorm van medicinale cannabis is.

Richtlijnen

Ook is gezocht in de richtlijnen van wetenschappelijke beroepsgroepen of het gebruik van cannabis wordt aanbevolen bij pijn van neurologische aard. Hiervoor is gezocht in de NHG-Standaard Pijn en op de richtlijndatabase van de Federatie Medisch Specialisten. Volgens de NHG-Standaard 'Pijn' wordt cannabis bij neuropathische pijn niet aanbevolen. In de richtlijn 'Pijnlijke diabetische neuropathie (PDNP)' wordt cannabis, mede gezien bijwerkingen en risico's van cannabis bij daarvoor gevoelige patiënten, niet aanbevolen voor de behandeling van pijnlijke diabetische neuropathie.

Beoordeling

Op basis van het literatuuronderzoek en de geraadpleegde richtlijnen kan geconcludeerd worden dat de werkzaamheid en effectiviteit van medicinale cannabis bij de indicatie van verzoeker (neuropathische pijn) niet is aangetoond op basis van wetenschappelijke literatuur. Derhalve is geen sprake van rationele farmacotherapie.

Conclusie

Medicinale cannabis bij neuropathische pijn komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering omdat geen sprake is van rationele farmacotherapie. De werkzaamheid en effectiviteit van medicinale cannabis bij deze indicatie zijn niet aangetoond op basis van wetenschappelijke literatuur.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan geen aanspraak maken op de vergoeding van medicinale cannabis ten laste van de basisverzekering, omdat geen sprake is van rationele farmacotherapie."

5.2. In het definitief advies van 19 maart 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

De aanvullende informatie bevat een door verzoeker aangeleverde studie van Bijwerkingencentrum Lareb. Het betreft een cohortstudie, met als doel het in kaart brengen van verschillende indicaties en specifieke klachten waarvoor patiënten in Nederland medicinale cannabis gebruiken, de patiëntervaringen met dit gebruik en het optreden van bijwerkingen. Het Zorginstituut merkt op dat dit geen goede studieopzet is om de werkzaamheid en effectiviteit van medicinale cannabis bij de indicatie van verzoeker (neuropathische pijn) te onderzoeken. De conclusie van het voorlopig advies dat geen sprake is van rationele farmacotherapie, wijzigt derhalve niet.

Tot slot blijkt uit de aanvullende informatie dat verzoeker vraagt om vergoeding op basis van coulance. Het advies van het Zorginstituut kan geen betrekking hebben op een vergoeding op basis van coulance."

6. Bevoegdheid van de commissie

6.1. 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. Uit het dossier blijkt dat verzoeker geen verzoek om heroverweging heeft gedaan en dat de ziektekostenverzekeraar niet in de gelegenheid is gesteld zijn besluit te heroverwegen zoals bedoeld in artikel 2.1, onder a, van het toepasselijke reglement. Gelet op de rechtstreekse verwijzing, door de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 14 juni 2024, naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen kan dit verzoeker niet worden tegengeworpen. Dit leidt ertoe dat de commissie over het geschil kan oordelen.

6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

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

- 7.2. De aanspraak op geneesmiddelen is geregeld in artikel B.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Geregistreerde geneesmiddelen die door de minister van VWS zijn aangewezen komen voor vergoeding vanuit de zorgverzekering in aanmerking. Dit volgt uit artikel 2.8, eerste lid, onder a, Bzv. Deze geneesmiddelen zijn vermeld op bijlage 1 en bijlage 2 Rzv. Verzoeker gebruikt het geneesmiddel Cannabis flos Bedrocan®. Dit geneesmiddel is niet geregistreerd en het is niet opgenomen in het GVS. Slechts in enkele situaties kan het voorkomen dat de kosten van niet-geregistreerde geneesmiddelen worden vergoed vanuit de zorgverzekering. Dit volgt uit artikel 2.8, eerste lid, onder b, Bzv. Dit kan bijvoorbeeld als sprake is van een apotheekbereiding, zoals in dit geval. Hierbij geldt de eis van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor de zorgverzekering.
- 7.3. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 20 november 2024 opgemerkt dat hij in 2003 het standpunt heeft ingenomen dat medicinale cannabis voor geen enkele indicatie rationele farmacotherapie betreft. De resultaten van onderzoek zijn onvoldoende om van een bewezen werkzaamheid van de therapeutische toepassing van medicinale cannabis te kunnen spreken. Dit standpunt is in 2016 herbevestigd. In 2017 is onderzocht of recente wetenschappelijke publicaties aanleiding kunnen geven tot een herbeoordeling van dit standpunt. Bij dit onderzoek zijn ook internationale rapporten betrokken. Het onderzoek gaf geen aanleiding het eerdere standpunt te herzien. Het Zorginstituut heeft blijkens zijn advies van 20 november 2024 een beoordeling uitgevoerd van de beschikbare wetenschappelijk literatuur sinds 2017. Uit de literatuur blijkt dat er een gebrek is aan bewijs van de werkzaamheid van geneesmiddelen die gebaseerd zijn op cannabis. Daarnaast is onvoldoende bekend wat de beste toedieningsvorm van medicinale cannabis is. Uit de richtlijnen van wetenschappelijke beroepsgroepen blijkt verder niet dat cannabis wordt aanbevolen bij neuropathische pijn. Het Zorginstituut concludeert dat de werkzaamheid en effectiviteit van medicinale cannabis bij de indicatie van verzoeker (neuropathische pijn) niet is aangetoond op basis van wetenschappelijke literatuur. Derhalve is geen sprake van rationele farmacotherapie. Het Zorginstituut adviseert dat verzoeker geen aanspraak kan maken op medicinale cannabis ten laste van de zorgverzekering, omdat geen sprake is van rationele farmacotherapie. In het definitief advies van 19 maart 2025 bevestigt het Zorginstituut, na beoordeling van de door verzoeker aangeleverde studie van Bijwerkingencentrum Lareb, deze conclusie. De commissie ziet geen aanleiding om van voorgaande conclusie af te wijken en neemt het advies van het Zorginstituut over. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd, met name over de werkzaamheid van het geneesmiddel voor hem persoonlijk, maakt dit niet anders. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van het geneesmiddel vanuit de zorgverzekering.
- 7.4. Verzoeker heeft nog verwezen naar de medische noodzaak en naar de omstandigheden van zijn specifieke geval. Wat betreft de medische noodzaak merkt de commissie op dat dit begrip in het kader van farmaceutische zorg – alleen een rol speelt bij de beantwoording van de vraag of moet worden afgeweken van een door de zorgverzekeraar gevoerd preferentiebeleid. Bij het preferentiebeleid gaat het per definitie om verschillende varianten van onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen. Hier betreft het een (niet-geregistreerde) apotheekbereiding. Met betrekking tot de verwijzing naar de omstandigheden van het specifieke geval tekent de commissie aan dat de conclusie, dat toepassing van een tussen partijen overeengekomen regel leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, niet snel kan worden getrokken. De Hoge Raad heeft hiervoor, waar het gaat om de zorgverzekering, criteria opgesteld in het zogenoemde Bosentan arrest. De commissie stelt vast dat aan die criteria niet wordt voldaan.

7.5. Uit artikel 11.3 van de aanvullende ziektekostenverzekering volgt dat aanspraak bestaat op vergoeding van geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet worden vergoed vanuit de zorgverzekering. Een van de voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen is dat zowel het geneesmiddel als de aandoening voorkomt 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.' De commissie stelt vast dat medicinale cannabis niet voorkomt op deze lijst. Daarom komt dit geneesmiddel niet in aanmerking voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering

Coulance

7.6. Verzoeker heeft tot slot een beroep gedaan op coulance door de ziektekostenverzekeraar. Het geneesmiddel heeft het gewenste effect terwijl andere, soms duurdere geneesmiddelen dit effect niet bereiken. Na de zitting is verzoeker in de gelegenheid gesteld zijn verzoek nader te onderbouwen. Dit heeft hij gedaan door een aanvullende verklaring van de voorschrijver te overleggen. Het toepassen van coulance is niet juridisch verplicht. De ziektekostenverzekeraar heeft meegedeeld geen mogelijkheid te zien de behandeling op grond van coulance aan verzoeker te vergoeden. De commissie begrijpt dat dit voor verzoeker teleurstellend is, maar merkt op dat het coulancebeleid aan de ziektekostenverzekeraar is en dat zij om die reden die beslissing niet kan beoordelen.

Slotsom

7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 april 2025,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

D.11 Farmaceutische zorg

Wij vergoeden de kosten van sommige geneesmiddelen. Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

11.1 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 Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) of neem contact met ons op.
2. U moet de melatoninetabletten ontvangen van internetapotheek De Nationale Apotheek.

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

11.2 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. 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.
2. Het anticonceptiemiddel moet voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor Geneesmiddelenvergoedingssysteem.
3. Het anticonceptiemiddel moet worden geleverd door een gecontracteerde apotheek.

Wij vergoeden alleen gecontracteerde zorg

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 Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) 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	Dekking
Basis Plus Module	geen dekking
Aanvullend 1 ster	100%
Aanvullend 2 sterren	100%
Aanvullend 3 sterren	100%
Aanvullend 4 sterren	100%

11.3 Geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vanuit de basisverzekering vergoed worden

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

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

Voorwaarden voor vergoeding

1. Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
2. Er is in uw situatie geen vergoedbaar alternatief.
3. 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 apotheekbereidingen in combinatie met aandoeningen. Deze kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Wij vergoeden alleen gecontracteerde zorg

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 Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) of neem contact met ons op.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 1 ster	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 2 sterren	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 3 sterren	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 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 plegen te bieden. In de onderstaande artikelen 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.12 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 gedurende de wachttijd en de periode daarna geen recht heeft of krijgt op vergoeding van de kosten van orthodontie die gedurende de wachttijd zijn gemaakt. De wachttijd geldt als u Aanvullend 3 sterren of Aanvullend 4 sterren afsluit en in heel 2023 geen aanvullende verzekering met een vergoeding voor orthodontie bij ons had afgesloten. Uw wachttijd geldt ook als u overstapt van één van de andere zorgverzekeraars van Achmea.

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

D.13 Tandheelkundige zorg – wettelijke eigen bijdrage kunstgebitten

Heeft u een uitneembaar volledig kunstgebit en/of klikgebit al dan niet op implantaten vergoed gekregen vanuit de basisverzekering of deze laten repareren of rebasen (zie artikel [B.9 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - uitneembare volledige kunstgebitten en klikgebitten al dan niet op implantaten](#))? Dan vergoeden wij de wettelijke eigen bijdrage.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

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 combinatieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.3 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

- levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding;
- het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;
- 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 kunt u 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 vooraf onze toestemming vragen, behalve als het gaat om stoma-voorzieningen en/of katheters en toebehoren. 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 Recht op zorg](#).

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.28](#).

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 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

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 combinatieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.4 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;
- 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 kunt u bij ons opvragen.

U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:

- a. 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. 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 contract heeft afgesloten of een apotheek zonder contract; en
- b. 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 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;
 - geneesmiddelen die volgens 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 zijn gebracht, wanneer het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel 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
 - geneesmiddelen die volgens artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel 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; en
- c. 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 kalenderjaar. 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. Voor de levering van dieetpreparaten contracteren wij medische speciaalzaken. Een apotheek mag de dieetpreparaten ook leveren, maar dan is de vergoeding conform de polisvoorwaarden voor niet-gecontracteerde zorg. Meer hierover leest u in [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)
3. Zijn er op basis van werkzame stof, sterkte en toedieningsroute identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan heeft u alleen recht op de geneesmiddelen die wij op basis van het preferentiebeleid hebben aangewezen of het geneesmiddel dat de apotheek heeft aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op een niet-aangewezen 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: [wetten.overheid.nl](#); tik in het zoekvenster Regeling zorgverzekering; klik op Zoeken; klik op Regeling zorgverzekering; Klik in de inhoudsopgave op Bijlage 2;
 - d. als ze zijn voorgeschreven door een arts of diëtist. De apotheker of medisch speciaalzaak stelt aan de hand van de door uw arts of diëtist ingevulde 'Verklaring dieetpreparaten' vast of aan de voorwaarden is voldaan.

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.

Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar

Let op!

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:

- 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);
- geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat u daar geen recht op heeft;
- geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, derde lid, onder b van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die staan in artikel 40, derde lid, onder f van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen;
- alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg;
- homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen;
- 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 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 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op.

Mond en tanden (mondzorg)

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

U heeft recht op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprotheticen, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van [B.5](#) tot en met [B.12](#)) gaan wij hierop in.

B.5 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

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor een behandeling? Dan moet uw tandarts, huisarts, kaakchirurg of medisch specialist u hebben doorverwezen.
- U heeft een blijvende ontwikkelings- of groeistoornis die leidt tot een ernstige functiebeperking en deze is in ernst vergelijkbaar met een lip-, kaak- of verhemeltespleet (schisis).
- Voor deze behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting, lichtfoto's 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

U heeft geen recht op:

- reparatie of vervanging van een bestaande orthodontische voorziening indien u deze verliest of beschadigt door uw eigen schuld of nalatigheid;
- vacuümgevormde beugels, aligners.

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

Ingangsdatum 1 januari 2024

Naam geneesmiddel	Medische indicatie	Voorschrijver	Opmerkingen
acetylcysteïne	- Idiopathische longfibrose - Ernstige neuromusculaire aandoeningen (vernevelvloeistof)	Specialist	Als mucolyticum
acetylcysteïne oogdruppels 5%	Keratocconjunctivitis sicca en andere oogaandoeningen	Specialist	
fosfaatklisma's	Obstipatie t.g.v. neurologische aandoeningen als dwarslaesie, ALS, spierziekten	Neuroloog, revalidatie-arts	Colex klisma
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. - Syndroom van Sjögren - Operaties in het hoofdhalsg gebied - Bestralingen in het hoofdhalsg gebied - Chemotherapie	Specialist	Ook Caphosol®, Gelclair® en Dentaïd Xeros gel vallen hieronder
ORS	Chronische darmaandoeningen	Specialist	
Neisvac C®, 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	
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	- Albinisme - Pigmentaandoeningen	Dermatoloog	Vitiligo uitgesloten