



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, als wettelijke vertegenwoordiger van de minderjarige C, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Farmaceutische zorg, Elmisol (levamisol) doorgeleverde bereiding, rationele farmacotherapie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 201901590

Zittingsdatum : 19 februari 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, als wettelijke vertegenwoordiger van de minderjarige C, hierna te noemen: verzekerde,

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. Verzoekster heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) telefonisch gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 22 november 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 28 november 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 23 december 2019 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019059809) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 23 december 2019 aan partijen gestuurd. Verzoekster is hierbij opgedragen de behandelend arts te verzoeken om de door het Zorginstituut gestelde vragen te beantwoorden. Verzoekster heeft op 8 januari 2020 de verklaring van de behandelend arts van 3 januari 2020 aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 8 januari 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 februari 2020 aan de commissie meegedeeld dat hij alsnog overgaat tot vergoeding van de kosten van Elmisol (levamisol). Ook zal hij het door verzoekster betaalde entreegeld aan haar vergoeden. Gezien het voorgaande heeft de commissie verzoekster gevraagd of het geschil hiermee is opgelost. Verzoekster heeft verklaard dat het geschil is opgelost, maar dat zij een en ander wil laten vastleggen in een bindend advies. De ziektekostenverzekeraar is hierover bij brief van 17 februari 2020 geïnformeerd. Daarnaast hebben partijen, gezien het bovenstaande, meegedeeld af te zien van de mogelijkheid te worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzekerde was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend 4 sterren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Bij verzekerde is in 2015 de diagnose nefrotisch syndroom gesteld. Hierna heeft vijfmaal een recidief plaatsgevonden. Eind 2017 heeft de kindernefroloog Elmisol (levamisol) voorgeschreven aan verzekerde. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten van dit middel te vergoeden.

- 3.3. De behandelend kindernefroloog heeft bij brief van 22 juni 2018 over verzekerde verklaard:
*“Bovengenoemde patiënt is bekend met een idiopathisch nefrotisch syndroom met frequente recidieven en tekenen van steroid toxiciteit. Tweedelijns behandeling met levamisol (Elmisol) is daarom gestart in november 2017.
Recent is in een gerandomiseerde klinische trial aangetoond dat het gebruik van levamisol de tijd tot een recidief verlengt en een goede eerste keuze is bij het opstarten van tweedelijns therapie, (zie *Kidney International*, 2018 (93); 510-518 van Gruppen et al) Het middel is van de mogelijke andere alternatieven voor behandeling het minst toxisch en het goedkoopste.”*
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 10 juli 2018 aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van Elmisol (levamisol) niet worden vergoed. Er bestaat alleen aanspraak op geneesmiddelen die zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingensysteem (GVS). Het middel Elmisol (levamisol) is hierin niet opgenomen.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 21 januari 2019 en 14 februari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 23 december 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:
“(…)
Samengevat: er is geen standaard eerstekeus optie voor steroidsparende therapie. Levamisol is een van de opties. Arts en patiënt moeten de voor- en nadelen wegen.
(…)
Samengevat: de studie van Gruppen e.a. ondersteunt de effectiviteit van levamisol ter voorkomen of uitstellen van nieuwe recidieven waarbij steroiden dus worden gespaard.
(…)
Nader onderzoek
Om te kunnen beoordelen of sprake is van rationele farmacotherapie in het geval van verzekerde dient een verklaring van de behandelend arts te worden toegevoegd aan het dossier met daarin de volgende informatie:
1. Wanneer (maand & jaar) traden de vijf recidieven op?
2. Gedurende de periode waar dit geschil over gaat, hoe lang achtereen (in maanden of jaren) bleef verzekerde vrij van recidieven, nadat er gestart is met levamisol?
3. Gedurende de periode waar dit geschil over gaat, hoe lang (in maanden of jaren) kon verzekerde afzien van corticosteroiden, nadat er gestart is met levamisol?
Overige opmerking[en]
Verweerder stelt dat een klinische studie nog loopt. Dat is vermoedelijk de LEARNS studie. De resultaten zijn inderdaad nog niet gepubliceerd maar wel het studieprotocol (Veltkamp e.a. 2019). Daaruit blijkt dat het gaat om de toepassing van levamisol eerder in de behandeling. LEARNS betreft behandeling tijdens de eerste episode van INS terwijl het bij de patiënt waar dit geschil om draait, en in de studie van Gruppen, ging om behandeling tijdens een recidief. Het behandeldoel is overigens wel vergelijkbaar, namelijk het voorkomen van recidieven.
(…)
*Het Zorginstituut merkt naar aanleiding van de vragen het volgende op.
Zorgverzekeraars stellen gezamenlijk vast welke apotheekbereidingen patiënten vergoed krijgen. Ze hebben hiervoor een landelijke vergoedingslijst van apotheekbereidingen vastgesteld. Op de lijst wordt de aanspraakstatus aangegeven met een 'Ja' (eventueel met voorwaarden) of 'Nee'. De 'lijst doorgeleverde bereidingen' is niet opgesteld om de aanspraak te duiden, maar met name bedoeld om het declaratieverkeer tussen apothekers en zorgverzekeraars te ondersteunen. De lijst heeft geen wettelijke status. In voorkomende gevallen moet de aanspraak ook individueel worden beoordeeld door de zorgverzekeraar, afhankelijk van de persoonlijke situatie van de verzekerde. Om die reden is in het gezamenlijke overleg ook afgesproken dat de 'Ja' een ja mits is en een 'Nee' een nee tenzij. Een nee kan ook bedoeld zijn als indicator voor een machtigingsvereiste, juist vanwege de individuele beoordeling.”*

- 3.7. Naar aanleiding van het voorlopig advies van het Zorginstituut heeft de behandelend arts op 3 januari 2020 het volgende verklaard:
*"Een eerste nefrotisch syndroom is behandeld met 6 weken dagelijks prednison (60 mg/m²) en 6 weken om de dag prednison (40 mg/m²).
Een recidief nefrotisch syndroom is behandeld met dagelijks 60 mg/m² prednison tot de patiënt eiwitvrije urine heeft gedurende 3 opeenvolgende dagen, erna wordt de dosis gereduceerd naar om de dag 40 mg/m² prednison gedurende 4 weken. De totale duur van de recidiefbehandeling varieert dus, afhankelijk van hoe snel [verzekerde] in remissie kwam bij een recidief. Soms wordt de dosis hierna nog langzaam afgebouwd en onderhoudsbehandeling gegeven.
Er is gekozen om levamisol te starten als tweedelijns immunosuppressivum i.v.m. de goede resultaten (o.a. gepubliceerd door kindernefrologie groep AMC). Het meest gunstige bijwerkingsprofiel van alle mogelijke alternatieven en lage kosten.*

Ziektegeschiedenis

Okt 2015: eerste presentatie nefrotisch syndroom waarvoor behandeling, met prednison gedurende 12 weken

Mei 2016: 1e Recidief nefrotisch syndroom waarvoor prednisonkuur gedurende ca 6 weken.

November 2016 2e recidief waarvoor minstens 4 weken prednisonkuur, hierna afgebouwd tot lage onderhoudsdosis ter preventie van recidieven

April 2017: 3e recidief waarvoor minstens 4 weken prednisonkuur, onderhoudssteroiden hierna hervat

Juli 2017: 4e recidief waarvoor minstens 4 weken prednisonkuur, terugval tijden[s] het verlagen van de dosis naar om de dag. Ofwel steroidafhankelijk nefrotisch syndroom, waarna langzamer afbouwschema is toegepast

Oktober 2017: 5e recidief nefrotisch syndroom waarvoor prednisonkuur en verwijzing naar academisch centrum voor aanvullende therapie.

(eind) November 2017: start behandeling met levamisol

Jan 2018: steroiden gestaakt na langzaam afbouw.

April 2019: levamisol staken i.v m. langdurig (1,5 jaar), recidiefvrij

Juni 2019: 6e recidief nefrotisch syndroom waarvoor prednisonkuur, gedurende weken

December 2019: 7e recidief nefrotisch syndroom waarvoor prednisonkuur en herstart Levamisol.

Conclusie:

Frequent recidiverend steroidensensitief, later afhankelijk, nefrotisch syndroom

Recidiefvrij onder behandeling met levamisol

Terugval in recidieven na staken van levamisolbehandeling vv herstart behandeling"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van Elmisol (levamisol) ten behoeve van verzekerde moet vergoeden met terugwerkende kracht vanaf november 2017.

- 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. Uit de aanhef van de aanvullende ziektekostenverzekering blijkt dat voornoemd artikel ook van toepassing is op deze verzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over geneesmiddelen 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.
- 6.2. Verzekerde is in oktober 2015 opgenomen in het ziekenhuis. Toen is bij hem de diagnose nefrotisch syndroom gesteld. Na deze eerste keer heeft hij nog vijf recidieven gehad, in de periode van mei 2016 tot en met oktober 2017. Acute behandeling van het nefrotisch syndroom vindt altijd plaats door middel van Prednison. Bij verzekerde was de aanvangsdosering 70 en 75 mg. Zodra verzekerde geen eiwit meer in zijn urine had, kon de Prednison worden afgebouwd. Deze afbouwperiode duurde enkele maanden. Het vijfde recidief vond nog tijdens de afbouw van medicatie van het vierde recidief plaats. Vanwege de hoge dosering en het bijna chronische gebruik van Prednison heeft verzekerde in november 2017 aanvullende onderzoeken ondergaan (botdensitometrie en onderzoek bij de oogarts). De betreffende artsen hebben destijds aangegeven dat als verzekerde Prednison bleef gebruiken, deze onderzoeken dienden te worden herhaald. Verzekerde is daarom verwezen naar een kindernefroloog. De kindernefroloog heeft Elmisol (levamisol) voorgeschreven aan verzekerde. Nog tijdens de afbouw van de Prednison is begonnen met Elmisol (levamisol). Daarna heeft verzekerde geen recidief meer gehad. Na 1 januari 2018 heeft verzekerde geen Prednison meer gebruikt, en geen aanvullende onderzoeken ondergaan. Na het staken van het gebruik van Elmisol (levamisol) in april 2019 heeft verzekerde evenwel nog twee recidieven gehad.
- 6.3. Verzoekster voert aan dat vanaf 1 januari 2016 een lijst met doorgeleverde bereidingen geldt. Deze lijst is vastgesteld door Zorgverzekeraars en is gepubliceerd door de KNMP. In deze lijst is vermeld dat Elmisol (levamisol) niet voor vergoeding in aanmerking komt, tenzij sprake is van een patiënt met een steroïdgevoelig nefrotisch syndroom. Dit laatste is het geval bij verzekerde. Jaarlijks wordt een 'verschillijst' gepubliceerd. Hiermee worden de wijzigingen ten opzichte van de oorspronkelijke lijst met doorgeleverde bereidingen bekend gemaakt. Elmisol (levamisol) is niet vermeld op één van de verschillijsten. De vergoedingsstatus van Elmisol (levamisol) is dus niet gewijzigd.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij alleen geneesmiddelen vergoedt die zijn opgenomen in het GVS. Elmisol (levamisol) is hierin niet opgenomen en wordt daarom door hem niet vergoed. In de brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 19 september 2019 verklaart de ziektekostenverzekeraar desgevraagd dat de lijst met doorgeleverde apotheekbereidingen een uitgave van de KNMP is. Een doorgeleverde bereiding wordt alleen vergoed als sprake is van rationele farmacotherapie. Dit betekent dat onder andere sprake moet zijn van wetenschappelijk bewezen werkzaamheid. Sinds 2016 besluiten zorgverzekeraars gezamenlijk welke doorgeleverde bereidingen voor vergoeding in aanmerking komen. Er loopt momenteel een onderzoek naar de werking van Elmisol (levamisol). Het middel is daarom nog niet aan te merken als rationele farmacotherapie. In de brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 15 oktober 2019 schrijft de ziektekostenverzekeraar dat niemand binnen de werkgroep 'Doorgeleverde bereidingen' van Zorgverzekeraars voornoemde lijst kent. Deze is dan ook niet door de werkgroep samengesteld of geactualiseerd. Het gaat om een lijst van een individuele zorgverzekeraar. De lijst is dus niet samengesteld door alle zorgverzekeraars gezamenlijk.
- 6.5. In de reactie aan de commissie van 4 november 2019 schrijft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar namens deze dat Elmisol (levamisol) op de 'niet-vergoedbare status' ('N') staat. Voorts stelt de medisch adviseur dat de werkgroep 'Doorgeleverde bereidingen' in het verleden heeft besloten om "niet te communiceren als een middel op 'N' staat, maar alleen onder bepaalde voorwaarden wordt vergoed". Als een doorgeleverde bereiding op 'N' staat, is het aan de individuele zorgverzekeraar om te beslissen of hij alsnog een machtiging geeft bij een bepaalde

indicatie. Tot 2016 gold het advies aan alle zorgverzekeraars om bovengenoemde indicatie als te vergoeden indicatie te hanteren. In 2017 heeft de fabrikant van Elmisol (levamisol) de aanvraag voor een vergunning voor het in de handel brengen van dit middel ingetrokken.

De ZN-werkgroep 'Doorgeleverde bereidingen' hanteert een zogenoemd bronbestand ten aanzien van de vergoedingsstatus van doorgeleverde bereidingen, grondstoffen en experimentele producten. Deze lijst is een werkdocument en heeft geen officiële status. In dit document worden ook overwegingen opgenomen om een product al dan niet een bepaalde vergoedingsstatus te geven. Maandelijks ontvangt de werkgroep nieuwe aanmeldingen via de Z-index en vindt een beoordeling plaats. De beoordeling van de nieuwe producten op vergoedingsstatus wordt teruggekoppeld naar de Z-index en wordt zo opgenomen in de taxen. De taxen is dus de leidraad voor de actuele vergoedingsstatus. Landelijk is afgesproken dat vóór 1 oktober van een jaar de verschillijst wordt gecommuniceerd. Deze lijsten zijn ook te vinden op bijvoorbeeld de ZN-website.

- 6.6. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar in reactie op het advies van het Zorginstituut en de brief van de kindernefroloog van 3 januari 2020 heeft besloten alsnog tot vergoeding van de kosten van Elmisol (levamisol) over te gaan. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij vermeld dat hij de reeds ingediende nota's heeft doorgestuurd naar de juiste afdeling voor de verdere afhandeling. Daarnaast vergoedt de ziektekostenverzekeraar het door verzoekster betaalde entreegeld van € 37,--.
- Verzoekster heeft de commissie op 17 februari 2020 telefonisch meegedeeld dat het geschil hiermee is opgelost, maar dat zij een en ander wel wil laten vastleggen in een bindend advies. Gezien het bovenstaande behoeft het verzoek geen inhoudelijke behandeling.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie stelt vast dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar bij brief van 12 februari 2020 heeft toegezegd de kosten van Elmisol (levamisol) ten behoeve van verzekerde te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. De reeds gedeclareerde nota's worden eveneens door de ziektekostenverzekeraar vergoed;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- vergoedt.

Zeist, 19 februari 2020,

J.A.M. Strens-Meulemeester

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Zorgverzekeringswet

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Geldig van 26-06-2019 t/m heden

Artikel 2.1

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

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.
3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.
4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.
5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.

In die ministeriële regeling wordt tevens de aanvraagprocedure voor de aanwijzing geregeld, worden regels gesteld met betrekking tot de systematiek van de indeling in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen en worden regels gesteld met betrekking tot de vaststelling van een vergoedingslimiet voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.
6. In afwijking van het vijfde lid kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat voor bij die regeling aangewezen groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen de vergoedingslimiet kan worden herberekend of buiten werking kan worden gesteld.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.5

1. In bijlage 1 bij deze regeling worden genoemd:
 - a. de op grond van artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
 - b. de op grond van artikel 2.1, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen.
2. In bijlage 2 bij deze regeling worden vermeld:
 - a. categorieën van geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, waarvoor de farmaceutische zorg slechts aflevering van dat geneesmiddel omvat indien voldaan is aan de bij die categorieën vermelde criteria;
 - b. de voorwaarden waaronder en de termijn gedurende welke de farmaceutische zorg, bedoeld in de aanhef van artikel 2.8, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering de geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat.
3. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten behoren slechts tot de farmaceutische zorg indien voldaan is aan onderdeel 1 van bijlage 2 van deze regeling.



Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

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

5 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

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

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

U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:

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

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

Voorwaarden voor het recht op geneesmiddelen en dieetpreparaten

- 1 De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde

verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).

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

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

Voorwaarden voor het recht op (deel)prestaties

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

Let op! Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar.

Bij plaatsing door een gynaecoloog wordt zowel de plaatsing als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. U betaalt dan eigen risico.

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

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

- a anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder, tenzij er een medische indicatie voor is. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies);
- b geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- c farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat u daar geen recht op heeft;
- d geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, derde lid, onder b van de Geneesmiddelenwet;
- e geneesmiddelen die staan in artikel 40, derde lid, onder f van de Geneesmiddelenwet;
- f geneesmiddelen die therapeutisch gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;

- g zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen;
- h alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg;
- i homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen;
- j niet geregistreerde allergenen, tenzij de behandeling met een geregistreerd allergeen niet mogelijk is. U heeft alleen recht op een niet geregistreerd allergeen op basis van een door ons afgegeven machtiging op individuele basis.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde apotheek

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

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



Mond en tanden (mondzorg)

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

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

6 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

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

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

Voorwaarden voor het recht op orthodontie in bijzondere gevallen

- 1 De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- 2 Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor een behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- 3 Voor deze behandeling is 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 of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

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

Aanvullend

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

13.4 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:

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

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

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

Aanvullend

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



Mond en tanden (mondzorg)

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

14 Orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebtsregulatie) en een second opinion. De zorg wordt gedeclareerd met de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven prestatiecodes voor orthodontie eindigend op de letter 'A'.

Voorwaarde voor vergoeding

Een orthodontist of tandarts moet de behandeling uitvoeren of de second opinion geven.

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.

Aanvullend

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

15 Tandheelkundige zorg – wettelijke eigen bijdrage prothesen (kunstgebitten)

Heeft u een uitneembare volledige prothese (kunstgebit) vergoed gekregen vanuit de basisverzekering of deze laten repareren of rebasen (zie artikel 9 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen')? Dan vergoeden wij deze wettelijke eigen bijdrage.

Aanvullend

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

16 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar – kronen, bruggen, inlays en implantaten

Aan verzekerden tot 18 jaar vergoeden wij alleen de kosten van kronen, bruggen, inlays en implantaten, inclusief techniekkosten.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een tandarts, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.
- U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?

Aanvullend

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

Let op! De kosten van orthodontie worden vergoed vanuit artikel 14 van deze polisvoorwaarden.

17 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder tandheelkundige zorg door een tandarts, orthodontist of kaakchirurg. De behandeling moet gericht zijn op het directe letsel als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van tijdelijke behandeling. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
- Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

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.