

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501319

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 8 december 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 23 december 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 13 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 17 februari 2026 aan verzoeker gezonden.
- 1.3. Op 20 februari 2026 heeft verzoeker een bericht aan de commissie gestuurd.
- 1.4. Bij brief van 17 maart 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026003957) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 23 maart 2026 aan partijen gezonden. Op diezelfde datum is ook een kopie van het bericht van verzoeker van 20 februari 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.5. Op 25 maart 2026 heeft verzoeker een brief aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 30 maart 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 1 april 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 2 april 2026 ter kennisname aan verzoeker gezonden.
- 1.6. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 26 respectievelijk 27 maart 2026 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 1.7. De nagekomen stukken zijn op 2 april 2026 in kopie aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 17 maart 2026 aanpassing behoeft. Op 4 april 2026 heeft verzoeker een brief aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 10 april 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld te reageren. Op 14 april 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar laten weten dat hij niet zal reageren. Een kopie van de brief van 4 april 2026 van verzoeker is op 14 april 2026 aan het

Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 20 april 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Vrije Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Tand Goed en Bril en lenzen module (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor vergoeding van het geneesmiddel Cannabis flos Bedrobinol®.
- 2.3. Bij brief van 18 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat het aangevraagde geneesmiddel niet wordt vergoed.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar meerdere malen om heroverweging van deze beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker in reactie hierop telkens meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft, laatstelijk bij e-mailbericht van 20 augustus 2025.
- 2.5. Bij brief van 17 maart 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 20 april 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht:
 1. te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is om het geneesmiddel Cannabis flos Bedrobinol®, al dan niet gedeeltelijk, te vergoeden op grond van redelijkheid en billijkheid dan wel coulance;
 2. mee te wegen dat de weigering van de ziektekostenverzekeraar leidt tot medische schade en het gebruik van geneesmiddelen die door specialisten worden afgeraden;
 3. vast te stellen dat de huidige situatie in strijd is met de zorgplicht en de professionele standaard.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker bij brieven van 8 en 22 december 2025 toegelicht dat hij lijdt aan therapieresistente centrale pijn en chronische lage rugpijn. Bij verzoeker werkt medicinale cannabis aantoonbaar voor onder andere pijnverlichting, afname van spierspanning en psychische rust. Verzoeker heeft in dit verband verwezen naar een brief van zijn behandelend anesthesioloog-pijnspecialist van 15 oktober 2025, waarin de medische noodzaak en het ontbreken van effectieve alternatieven wordt benadrukt. De behandelend anesthesioloog-pijnspecialist heeft ook uitgelegd dat eerdere pijnmedicatie ernstige bijwerkingen gaf, medicinale cannabis wel effectief en goed verdraagbaar is, en hij niet instemt met het stoppen hiermee. De behandelend anesthesioloog-pijnspecialist adviseert de behandeling voort te zetten en zo nodig een coulanceregeling te overwegen. Er is dus een duidelijk medisch specialistisch advies gegeven dat cannabis voor verzoeker noodzakelijk is.
- 3.3. In een brief van de behandelend dermatoloog van 11 november 2025 wordt het gebruik van het geneesmiddel amlodipine genoemd als een mogelijke oorzaak van het peri-orbitaal oedeem. De dermatoloog geeft een duidelijk specialistisch advies om het gebruik van dit geneesmiddel te

staken. Ondanks dat advies heeft de huisarts opnieuw amlodipine voorgeschreven. Dit vormt een schending van de professionele standaard. Een huisarts dient namelijk het specialistisch advies te volgen, tenzij er zwaarwegende redenen zijn om dit niet te doen. Er is in dit geval geen medische onderbouwing gegeven voor het negeren van het specialistisch advies. Ook vormt de handelwijze van de huisarts een schending van de zorgvuldigheidsnorm en van de continuïteit van de zorg. Door de weigering van de ziektekostenverzekeraar om het geneesmiddel Cannabis flos Bedrobinol® te vergoeden, wordt verzoeker gedwongen door te gaan met het gebruik van een geneesmiddel dat door de behandelend dermatoloog wordt gezien als de oorzaak van het peri-orbitaal oedeem. Ook wordt hij gedwongen pijnmedicatie te gebruiken die hij niet verdraagt en te stoppen met een behandeling die voor hem aantoonbaar werkt.

Op grond van de artikelen 11 en 14 van de Zorgverzekeringswet moet de ziektekostenverzekeraar zorgdragen voor de toegang tot passende zorg. In het geval van verzoeker wordt de toegang tot passende zorg, namelijk het geneesmiddel Cannabis flos Bedrobinol®, hem onmogelijk gemaakt. Daarnaast mag een verzekeraar op grond van het beginsel van redelijkheid en billijkheid, zoals genoemd in artikel 6:2 van het Burgerlijk Wetboek, geen besluit nemen dat leidt tot disproportionele schade voor een verzekerde. Verder geldt dat medicinale cannabis een erkend geneesmiddel is via het Bureau Medicinale Cannabis en dat het categorisch uitsluiten van vergoeding, ondanks individuele noodzaak, onredelijk is en leidt tot schending van het gelijkheidsbeginsel. Ook levert de handelwijze van de huisarts strijd op met de professionele standaard.

- 3.4. In zijn bericht van 20 februari 2026 heeft verzoeker toegelicht dat hij ernstige chronische pijnklachten in het gebied van de sacrale zenuwen (S5) heeft, die zijn ontstaan na een val en verergerd door fysieke belasting. Deze pijn beïnvloedt de mobiliteit, de slaap en het dagelijks functioneren negatief. Daarnaast verergeren de psychische klachten door de voortdurende pijn. De behandelend artsen hebben vastgesteld dat verzoeker morfine-achtige pijnstillers niet verdraagt. Deze geneesmiddelen veroorzaken ernstige bijwerkingen, waaronder verhoogde bloeddruk, stressreacties en verergering van psychische klachten. Het gebruik ervan leidt ook niet tot pijnvermindering. Medicinale cannabis geeft daarentegen wel duidelijke verlichting van de zenuwpijn, de spierspanning in het bekken, de psychische overbelasting en de slaapproblemen. Hierdoor kan verzoeker beter functioneren in het dagelijks leven. Om inzicht te geven in zijn medische situatie en beperkingen heeft hij een medisch rapport overgelegd.
- Van 2009 tot 2014 heeft verzoeker medicinale cannabis gebruikt met goed resultaat en zonder bijwerkingen. In deze periode kon verzoeker functioneren, slapen en de pijn beheersen. Dit toont aan dat medicinale cannabis voor hem veilig en effectief is. Toen de vergoeding werd stopgezet, werd verzoeker door de huisarts en de ziektekostenverzekeraar verwezen naar morfine-tabletten, pleisters en andere opioïden. Deze middelen waren geen keuze, maar een verplichte vervanging, en zij veroorzaakten lichamelijke schade, psychische ontregeling, verhoogde bloeddruk, stressreacties, verergering van depressiviteit, trauma gerelateerde klachten en verslechtering van de mobiliteit. Dit alles is bevestigd door de behandelend artsen. Toen verzoeker opnieuw medicinale cannabis kreeg, verbeterden zijn klachten direct. Verzoeker had minder pijn, minder spierspanning, minder psychische belasting, een betere slaap en geen bijwerkingen. De pijnspecialist noemt het een medisch noodzakelijke behandeling voor verbetering van de kwaliteit van leven. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het Bureau voor Medicinale Cannabis opgericht. Medicinale cannabis wordt onder farmaceutische kwaliteitseisen geproduceerd en is een legaal geneesmiddel.
- Verzoeker heeft verder gesteld dat de ziektekostenverzekeraar enkel een administratieve beoordeling heeft uitgevoerd en geen medische beoordeling. De medewerkers van de ziektekostenverzekeraar zijn geen artsen. De behandelaars van verzoeker zijn dat wel en zij hebben jarenlang de gezondheid van verzoeker gevolgd. Volgens deze artsen zijn opioïden medisch onveilig voor verzoeker en is medicinale cannabis wel veilig en effectief, en voor verzoeker ook medisch noodzakelijk.

Artikel 40, derde lid, onderdeel c, van de Geneesmiddelenwet maakt gebruik van niet-geregistreerde geneesmiddelen mogelijk wanneer alternatieven niet werken of schade veroorzaken.

Verder heeft verzoeker toegelicht dat zijn financiële situatie het onmogelijk maakt om het geneesmiddel zelf te betalen. Verzoeker ontvangt een WIA-uitkering op minimumloonniveau. Hij zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk van zorg. Het weigeren van vergoeding plaatst verzoeker in een onhoudbare medische en sociale situatie.

- 3.5. Bij brief van 25 maart 2026 heeft verzoeker gereageerd op het voorlopig advies van het Zorginstituut. Volgens verzoeker is het advies onvolledig en niet toepasbaar. Verzoeker heeft hierbij gesteld dat het Zorginstituut zijn individuele medische situatie volledig heeft genegeerd. Het Zorginstituut noemt geen enkel onderdeel van het medisch dossier, terwijl deze juist essentieel zijn. Zo is verzoeker bekend met astma. Opioiden zoals buprenorfine zijn voor verzoeker medisch contra-geïndiceerd vanwege het risico op ademhalingsdepressie. Bij astmapatiënten is dit risico levensbedreigend. Ook beschikt hij over een verklaring van een psychiater van 18 december 2024 waaruit blijkt dat buprenorfine bij verzoeker ernstige psychische ontregeling veroorzaakte. Cannabis geeft juist rust, stabiliteit en vermindering van spanning. Verzoeker lijdt aan therapieresistente centrale pijn en neuropathische pijn. Alle reguliere geneesmiddelen, zoals antidepressiva, anti-epileptica, opioiden en NSAID's, waren ineffectief of veroorzaakten ernstige bijwerkingen. De behandelend pijnspecialist heeft, als gezegd, verklaard dat medicinale cannabis bij verzoeker de spierspanning vermindert, de centrale pijn dempt en functionele rust geeft. Door de voorgeschiedenis van verzoeker met hepatitis B en C zijn veel reguliere pijngeneesmiddelen hepatotoxisch en dus onveilig. Cannabis heeft geen levertoxische werking en is daarom het enige middel dat pijn verlicht, psychisch stabiliseert en geen schade aan de lever veroorzaakt. Medicinale cannabis is in 2011 al effectief gebleken en is dat opnieuw. Verder heeft verzoeker toegelicht dat hij door een bedrijfsongeval rolstoelgebonden is geraakt. Hij heeft toen blijvende zware neurologische schade opgelopen. Het functioneren van verzoeker is ernstig beperkt. De medische noodzaak voor het gebruik van het geneesmiddel is vastgesteld door twee specialisten. De behandelend pijnspecialist en de psychiater verklaren dat cannabis voor verzoeker medisch noodzakelijk is en dat dit het enige veilige alternatief is dat onder strikte begeleiding kan worden gebruikt. Geen van deze punten komt terug in het voorlopig advies van het Zorginstituut.

Door het bedrijfsongeval ontvangt verzoeker nu een minimale WIA-uitkering. Hiermee kan hij nauwelijks in zijn basisbehoeften voorzien. Het is voor verzoeker financieel onmogelijk de medicinale cannabis zelf te bekostigen. De weigering van de ziektekostenverzekeraar betekent voor hem dat hij zonder enige veilige behandeling komt te zitten. Dit is in strijd met de zorgplicht van de verzekeraar, de Zorgverzekeringswet, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, artikel 7:453 van het Burgerlijk Wetboek, de KNMG-richtlijn medische noodzaak, en de vaste jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep. De financiële kwetsbaarheid van verzoeker maakt de weigering van de ziektekostenverzekeraar disproportioneel en onmenselijk.

De ziektekostenverzekeraar heeft een wettelijke zorgplicht. Op grond van artikel 2.1 van de Zorgverzekeringswet en artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering moet worden beoordeeld of de behandeling voor verzoeker passende zorg is, of er geen adequaat alternatief bestaat, en of de behandeling veilig is. Opioiden zijn voor verzoeker niet veilig. Dit is een medisch feit dat in het voorlopig advies van het Zorginstituut volledig wordt genegeerd.

De Centrale Raad van Beroep heeft herhaaldelijk geoordeeld dat de verklaring van de behandelend arts zwaar moet wegen, de verzekeraar niet uitsluitend mag afgaan op algemene richtlijnen, en de individuele medische noodzaak doorslaggevend kan zijn voor de beantwoording van de vraag of een behandeling moet worden vergoed wanneer alternatieven ontbreken. Verzoeker heeft in dit verband verwezen naar verschillende uitspraken van de Centrale Raad van Beroep:

ECLI:NL:CRVB:2017:1391, ECLI:NL:CRVB:2016:3863 en ECLI:NL:CRVB:2017:1057. Het advies van Zorginstituut past deze uitspraken niet toe.

Op basis van artikel 7:453 van het Burgerlijk Wetboek moet de arts handelen volgens de professionele standaard. De KNMG-richtlijn medische noodzaak stelt dat de behandelend arts het beste kan beoordelen welke behandeling veilig en noodzakelijk is, de verzekeraar dit oordeel niet zomaar mag negeren, en de individuele patiëntsituatie leidend is. De behandelend artsen hebben verklaard dat medicinale cannabis voor verzoeker medisch noodzakelijk is, en dat dit het enige veilige alternatief is als het onder strikte begeleiding wordt gebruikt. Het Zorginstituut negeert ook dit volledig.

De commissie heeft in eerdere uitspraken bepaald dat de verzekeraar niet mag weigeren op basis van algemene literatuur, de individuele medische situatie leidend is, de verklaring van de behandelend arts zwaar moet wegen, en de zorgplicht van de verzekeraar voorop staat. Deze lijn ondersteunt de situatie van verzoeker volledig.

- 3.6. Bij brief van 4 april 2026 heeft verzoeker aangevoerd dat de reactie van de ziektekostenverzekeraar van 1 april 2026 geen enkele verwijzing bevat naar de relevante Nederlandse wetgeving. In plaats daarvan baseert de ziektekostenverzekeraar zich uitsluitend op interne beleidsregels, het niet bindende advies van het Zorginstituut en algemene literatuur. Deze documenten hebben geen wettelijke status en kunnen de wet niet vervangen. De beoordeling moet plaatsvinden op basis van artikel 2.1 van de Zorgverzekeringswet, artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering, artikel 7:453 van het Burgerlijk Wetboek, de KNMG-richtlijn medische noodzaak, en de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep. De ziektekostenverzekeraar past geen van deze normen toe.

Verzoeker heeft verder herhaald dat de medische noodzaak voor het gebruik van het geneesmiddel is vastgesteld door twee specialisten. Volgens artikel 7:453 van het Burgerlijk Wetboek bepaalt de behandelend arts de medische noodzaak. De ziektekostenverzekeraar reageert niet op de medische feiten van het geschil. Dit is in strijd met artikel 7:453 van het Burgerlijk Wetboek en de professionele standaard.

De ziektekostenverzekeraar heeft een wettelijke verplichting tot beoordeling van veiligheid en alternatieven op grond van artikel 2.1 van de Zorgverzekeringswet en artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering. Volgens de wet moet worden beoordeeld of de behandeling veilig is, er een adequaat alternatief bestaat, en of de behandeling economisch verantwoord is. Voor verzoeker geldt dat morfine, dat wél door de ziektekostenverzekeraar wordt vergoed, onveilig is, ernstige bijwerkingen heeft, verslavend is, het risico heeft op ademhalingsdepressie, zorgt voor psychische ontregeling en suïcidale gedachten, en duurder is dan medicinale cannabis. Medicinale cannabis is daarentegen veilig en effectief, heeft geen levensgevaarlijke bijwerkingen en zorgt niet voor leverbelasting. Daarnaast is het 50% goedkoper dan morfine. De ziektekostenverzekeraar negeert deze wettelijke criteria volledig.

De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep niet relevant is, is juridisch onjuist.

De ziektekostenverzekeraar is wettelijk verplicht om een dossier objectief, onafhankelijk en neutraal te beoordelen. Verder moet de beoordeling uitsluitend worden gebaseerd op de Nederlandse wet. Persoonlijke overtuigingen, morele opvattingen of culturele dan wel religieuze interpretaties van medicatie of middelen mogen geen enkele rol spelen bij de beoordeling van de medische situatie. De wetgever heeft bepaald dat uitsluitend de professionele medische standaard, de WGBO en de individuele medische noodzaak bepalend zijn.

Medicinale cannabis is, als gezegd, goedkoper dan morfine, en volgens artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering moet de verzekeraar kiezen voor de meest economische behandeling, mits veilig. De ziektekostenverzekeraar vergoedt alleen de duurdere en onveiligere behandeling. Dit is in strijd met de wet.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van het geneesmiddel Cannabis flos Bedrobinol®. Hij heeft hiertoe bij brief van 10 december 2025 toegelicht dat geneesmiddelen die buiten een ziekenhuisbehandeling om worden verstrekt

extramuraal geneesmiddelen worden genoemd. Deze geneesmiddelen kunnen direct aan een verzekerde worden verstrekt als zij zijn voorgeschreven door een arts. Een extramuraal geneesmiddel komt alleen voor vergoeding in aanmerking als het is opgenomen in het zogenoemde Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bepaalt uiteindelijk welke medicijnen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) komen en het Zorginstituut adviseert hierover.

Verzoeker gebruikt het geneesmiddel Cannabis flos Bedrobinol® in zijn thee om zijn pijnklachten te verminderen. Dit geneesmiddel is niet opgenomen in het GVS en wordt gezien als een niet-geregistreerd geneesmiddel. In uitzonderlijke gevallen kunnen de kosten van niet-geregistreerde geneesmiddelen vanuit de zorgverzekering worden vergoed. In die gevallen is vereist dat sprake is van rationele farmacotherapie.

Het Zorginstituut heeft in 2003 het standpunt ingenomen dat medicinale cannabis voor geen enkele indicatie rationale farmacotherapie betreft. Dit standpunt is in 2017 herbevestigd. Er is op dit moment onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat medicinale cannabis werkzaam is. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij verwezen naar een bindend advies van de commissie van 23 april 2025 (SKGZ202401190). Hieruit volgt dat het geneesmiddel Cannabis flos Bedrobinol® niet kan worden vergoed vanuit de zorgverzekering. De verklaring van de behandelend arts maakt dit niet anders.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar is niet bereid tot vergoeding van de kosten uit coulance. Hij is gehouden de huidige wet- en regelgeving te volgen. Het bieden van een coulancevergoeding wordt enkel gedaan in zeer unieke gevallen. De vraag naar vergoeding voor medicinale cannabis is zodanig groot, dat een dergelijke coulance een precedent zou scheppen voor soortgelijke verzoeken.
- 4.3. Bij brief van 1 april 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat hij zijn zorgplicht jegens verzoeker niet schendt. Een zorgverzekeraar heeft een wettelijke zorgplicht die inhoudt dat verzekerden binnen een redelijke termijn verzekerde zorg moeten kunnen krijgen. In dit geval geldt dat medicinale cannabis géén verzekerde zorg is. Dit blijkt ook uit het advies van het Zorginstituut. Daarmee kan dus ook geen sprake zijn van een schending van de zorgplicht. Verzoeker heeft verwezen naar verschillende uitspraken van de Centrale Raad van Beroep. Deze uitspraken zijn hier niet van toepassing. De uitspraken gaan over het recht op bijstand op grond van de Wet werk en bijstand en het recht op een WGA-uitkering op grond van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen. De ziektekostenverzekeraar ziet de relevantie van deze uitspraken voor het onderhavige geschil niet. Hieruit volgt in ieder geval op geen enkele wijze wat verzoeker stelt in zijn bezwaar. Verder interpreteert verzoeker de bindende adviezen van de commissie niet correct. Anders dan verzoeker is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat uit de jurisprudentie van de commissie juist volgt dat medicinale cannabis géén verzekerde prestatie is en dat een zorgverzekeraar om die reden niet gehouden is de kosten hiervan te vergoeden.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 17 maart 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is farmacotherapeutisch en juridisch beoordeeld.

Standpunt medicinale cannabis

Het Zorginstituut heeft in 2003 het standpunt ingenomen dat medicinale cannabis voor geen enkele indicatie rationale 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 9 maart 2026 een literatuursearch uitgevoerd in PubMed. Deze literatuursearch leverde 53 artikelen op. Er zijn meerdere systematische reviews gevonden, waaronder één recente Cochrane-review. De Cochrane-review geeft een overzicht van alle beschikbare onderzoeken naar dit onderwerp.

Uit de Cochrane review uit 2026 blijkt dat op basis van het beschikbare wetenschappelijke bewijs niet kan worden vastgesteld dat THC-dominante, THC/CBD-gebalanceerde of CBD-dominante cannabisgeneesmiddelen leiden tot een klinisch relevante pijnreductie. Het bewijs hiervoor is van zeer lage zekerheid. Voor enkele patiënt gerapporteerde uitkomsten en voor het optreden van bijwerkingen zijn er aanwijzingen voor mogelijke effecten, maar ook deze bevindingen zijn gebaseerd op bewijs van lage tot zeer lage kwaliteit.

Op basis van de huidige literatuur kan daarom niet geconcludeerd worden dat deze middelen een aantoonbare therapeutische meerwaarde hebben voor de behandeling van neuropathische pijn.

Richtlijnen beroepsgroepen

Om te beoordelen of richtlijnen door wetenschappelijke beroepsgroepen het gebruik van cannabis aanbevelen bij pijn van neurologische aard is gezocht in de NHG standaard Pijn (2024). Volgens deze richtlijn wordt cannabis bij neuropathische pijn niet aanbevolen.

Beoordeling

Op basis van hiervoor genoemd standpunt, het literatuuronderzoek en de geraadpleegde richtlijn 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. Hierdoor is geen sprake van rationele farmacotherapie.

Conclusie

Cannabis Flos Bedrobinol 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 Cannabis Flos Bedrobinol 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 Cannabis Flos Bedrobinol ten laste van de basisverzekering, omdat geen sprake is van rationele farmacotherapie.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over farmaceutische zorg en rationele farmacotherapie zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Dit geldt ook voor de relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW). Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. De commissie is zich bewust van de situatie waarin verzoeker verkeert en heeft begrip voor zijn wens om het geneesmiddel Cannabis flos Bedrobinol® vergoed te krijgen. Om te beoordelen of het geneesmiddel Cannabis flos Bedrobinol® voor vergoeding in aanmerking komt, dient de commissie echter uit te gaan van de verzekeringsvoorwaarden en de toepasselijke wet- en regelgeving.
- 7.3. De aanspraak op farmaceutische zorg is geregeld in artikel 18.8 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Geregistreerde geneesmiddelen die door de minister van VWS zijn aangewezen komen voor vergoeding 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 Bedrobinol®. Dit geneesmiddel is niet geregistreerd en niet door de minister van VWS aangewezen. Derhalve is het niet opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingensysteem. De kosten van niet-geregistreerde geneesmiddelen kunnen bij uitzondering 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.
- 7.4. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 17 maart 2026 toegelicht dat hij in 2003 het standpunt heeft ingenomen dat medicinale cannabis voor geen enkele indicatie rationale 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 konden geven tot een herbeoordeling van dit standpunt. Bij dit onderzoek zijn toen ook internationale rapporten betrokken. Het onderzoek gaf geen aanleiding het eerdere standpunt te herzien. Het Zorginstituut heeft, blijkens zijn advies van 17 maart 2026, een beoordeling uitgevoerd van de beschikbare wetenschappelijke literatuur sinds 2017. Uit de literatuur blijkt dat er een gebrek is aan bewijs van de werkzaamheid van geneesmiddelen die zijn gebaseerd 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. Daarom is geen sprake van rationele farmacotherapie. Het Zorginstituut adviseert dat verzoeker om die reden geen aanspraak kan maken op medicinale cannabis ten laste van de zorgverzekering.

- 7.5. De commissie ziet in hetgeen verzoeker heeft aangevoerd geen aanleiding om van deze conclusie af te wijken. Waar het gaat om de rol van het Zorginstituut in dezen verwijst zij naar artikel 114, derde lid, Zvw. Dat het hiervoor aangehaalde advies niet zorgvuldig tot stand zou zijn gekomen, zoals verzoeker stelt, vermag de commissie niet in te zien. Zijn verwijzing naar de artikelen 2.1 Zvw en 2.8 Bzv treft geen doel. Er is geen artikel 2.1 Zvw, en artikel 2 Zvw ziet op de verzekeringsplicht, hetgeen in deze procedure geen onderwerp van geschil is. Op artikel 2.8 Bzv is hiervoor al ingegaan. Uit deze bepaling volgt niet dat elk geneesmiddel onder de dekking van de zorgverzekering valt.

De verwijzing naar de zorgplicht van artikel 11 Zvw treft eveneens geen doel. Deze zorgplicht heeft uitsluitend betrekking op de verzekerde zorg en overige diensten, en hiervan is in het geval van medicinale cannabis geen sprake. Artikel 14 Zvw ziet op het bepalen van de behoefte aan zorg en de noodzaak van een verwijzing voor tweedelijns zorg, en speelt in dit verband geen rol.

Het is de commissie voorts niet duidelijk waarom verzoeker meent dat artikel 7:453 BW hier van belang zou kunnen zijn. Afdeling 5 van Boek 7 BW betreft de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling. Bij deze overeenkomst zijn verzoeker en zijn zorgverlener partij; de ziektekostenverzekeraar staat buiten deze rechtsverhouding. Genoemde bepaling regelt dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht neemt en daarbij handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard en kwaliteitsstandaarden als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Indien verzoeker meent dat zijn zorgverlener hierin tekortschiet, kan hij gebruik maken van de klachten- en geschillenregeling op basis van de Wkkgz.

Met betrekking tot de gestelde medische noodzaak volstaat de commissie ermee dat de eventuele aanwezigheid hiervan niet ertoe kan leiden dat de kosten van niet verzekerde zorg toch zouden moeten worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Hetzelfde geldt voor de stelling dat alternatieven duurder en onveiliger zouden zijn en dat deze meer bijwerkingen hebben.

Ten aanzien van de door verzoeker aangehaalde uitspraken van de Centrale Raad van Beroep heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat deze geen betrekking hebben op de in het geding zijnde kwestie. Verzoeker heeft vervolgens niet toegelicht waarom dit in zijn optiek anders zou zijn. De commissie neemt daarom als vaststaand aan dat de betreffende uitspraken in dit kader niet relevant zijn.

- 7.6. Verzoeker heeft voorts gesteld dat het niet vergoeden van het geneesmiddel onder de gegeven omstandigheden leidt tot een situatie die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Hij heeft hierbij verwezen naar artikel 6:2 BW. Genoemde bepaling bevat de algemene regels omtrent redelijkheid en billijkheid bij verbintenissen. Specifiek voor overeenkomsten is er artikel 6:248 BW, waarin onderscheid wordt gemaakt tussen de aanvullende werking (lid 1) en de derogerende werking (lid 2). Hier betreft het de toepassing van het tweede lid. De commissie overweegt dat de conclusie dat een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel niet van toepassing is, omdat dit in de gegeven omstandigheden onaanvaardbaar zou zijn, niet snel kan worden getrokken. De Hoge Raad heeft hiervoor, waar het gaat om de zorgverzekering, criteria opgesteld in het zogenoemde Bosentanarrest. De commissie stelt vast dat aan die criteria niet wordt voldaan.

Het beroep op het gelijkheidsbeginsel slaagt niet. De commissie overweegt dat schending van dit beginsel alleen aan de orde kan zijn als gelijke gevallen, zonder goede reden, ongelijk worden behandeld. Dat hiervan sprake is, is niet gebleken.

- 7.7. Tot slot heeft verzoeker een beroep gedaan op coulance door de ziektekostenverzekeraar. De commissie overweegt in dit verband dat voor de mogelijkheid van een vergoeding uit coulance geldt dat de beslissing daarover is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. Dit is slechts anders indien sprake zou zijn van willekeur, dat wil zeggen het verschillend behandelen van overigens gelijke gevallen. Dit laatste is echter in de procedure gesteld noch gebleken.

Slotsom

7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 mei 2026,

J.W. Heringa

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 2

1. Degene die ingevolge de Wet langdurige zorg en de daarop gebaseerde regelgeving van rechtswege verzekerd is, is verplicht zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren tegen het in artikel 10 bedoelde risico.
2. In afwijking van het eerste lid is niet verzekeringsplichtig:
 - a. de militaire ambtenaar in werkelijke dienst als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel a juncto onderdeel b, van de Wet ambtenaren defensie, alsmede de militair aan wie buitengewoon verlof met behoud van militaire inkomsten is verleend;
 - b. de natuurlijke persoon die op grond van artikel 64, eerste lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen is ontheven van de verplichtingen, opgelegd op grond van de Wet langdurige zorg.
3. Degene die het gezag over een minderjarige, jonger dan achttien jaar, uitoefent, een curator, een bewindvoerder of een mentor als bedoeld in de titels 16, 19 of 20 van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek, zorgt ervoor dat de minderjarige verzekeringsplichtige, dan wel de onder curatele, bewind of mentorschap gestelde verzekeringsplichtige krachtens een zorgverzekering verzekerd is.

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.

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.

Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.
3. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn modelovereenkomst aansluit bij de afspraken, bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, van de Jeugdwet.
4. De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert, af met de colleges van burgemeester en wethouders met het oog op de wettelijke verantwoordelijkheden van die laatste.
5. Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe verzekeraar niet dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.

Artikel 114

1. De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat zijn verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie.
2. De onafhankelijke instantie neemt een geschil slechts in behandeling nadat de verzekeringnemer of de verzekerde de zorgverzekeraar heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen, en deze niet binnen redelijke termijn of niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of verzekerde heeft gereageerd.
3. De onafhankelijke instantie vraagt advies aan het Zorginstituut indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten.
4. Het Zorginstituut zendt zijn advies binnen vier weken na ontvangst van de adviesaanvraag aan de onafhankelijke instantie.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.8

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

In die ministeriële regeling wordt tevens de aanvraagprocedure voor de aanwijzing geregeld, worden regels gesteld met betrekking tot de systematiek van de indeling in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen en worden regels gesteld met betrekking tot de vaststelling van een vergoedingslimiet voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.

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

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 2

1. Schuldeiser en schuldenaar zijn verplicht zich jegens elkaar te gedragen overeenkomstig de eisen van redelijkheid en billijkheid.
2. Een tussen hen krachtens wet, gewoonte of rechtshandeling geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.

Artikel 248

1. Een overeenkomst heeft niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien.
2. Een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 453

1. De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard en kwaliteitsstandaarden als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.
2. Artikel 2a, eerste en tweede lid, van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg is van overeenkomstige toepassing op het handelen van de hulpverleners.

Daarnaast kan een zorgtraject gesloten worden vanwege de overgang naar Wlz. Een zorgtraject wordt automatisch afgesloten als er 365 kalenderdagen geen zorgprestatie (consult) is geleverd. Dit geldt ook bij een chronische zorgvraag waarbij de contactmomenten soms verspreid zijn. Dan wordt het traject ook gesloten als er 365 dagen geen consult geleverd is

Zorgverlener

Een natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent.

Zorgverzekeraar

ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.

Zvw-pgb

Persoonsgebonden budget vanuit de Zorgverzekeringswet.

2 Grondslag van de verzekering

Deze basisverzekering kan worden afgesloten door of voor:

- elke verzekeringsplichtige in Nederland;
- in het buitenland woonachtige verzekeringsplichtigen.
- Deze verzekeringsovereenkomst betreft een Combinatieverzekering en is gebaseerd op:
 - de Zorgverzekeringswet met toelichtingen;
 - het Besluit zorgverzekering met toelichtingen;
 - Regeling zorgverzekering met toelichtingen;
- het door de verzekeringnemer of diens vertegenwoordiger ingevulde (digitale) aanvraagformulier;
- de door het CAK aangeleverde gegevens van een ambtshalve aangemelde verzekerde.

De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt de verzekeringnemer jaarlijks van ons.

U ontvangt een (digitale) zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgaanbieder tonen bij het inroepen van zorg. Daarna heeft u recht op vergoeding van zorg volgens de Zorgverzekeringswet. De kosten van zorg kunt u of de zorgaanbieder bij ons declareren. Wij vergoeden de kosten volgens de voorwaarden zoals hieronder beschreven in Artikel 3. Het eigen risico en eventuele wettelijke eigen bijdragen komen voor uw eigen rekening.

In deze polisvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als zo'n maatstaf ontbreekt, geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. U heeft alleen recht op vergoeding van zorg als u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

Wij kunnen geen basisverzekering met u afsluiten als het door u verstrekte adres niet in de basisregistratie personen voorkomt, of afwijkt van het adres waaronder u in deze registratie als ingezetene staat ingeschreven. Deze regel is niet van toepassing als:

- U een verklaring van de werkgever of een salarisafschrift heeft overgelegd, waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon in Nederland of op het continentaal plat (zie artikel 1.1.1 van de Wlz) werkt en loonbelasting betaalt. Uit de verklaring of het salarisafschrift moet blijken wanneer de te verzekeren persoon in dienst is getreden en deze verklaring mag niet ouder zijn dan één maand;
- U een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank heeft overlegd waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon verzekerd is ingevolge de Wlz; of
- U van de afwijking in het adres bij de basisregistratie redelijkerwijs geen verwijt kan worden gemaakt.



Correspondentie op papier ontvangen

Wij communiceren met u op digitale wijze. Wilt u toch een correspondentiestuk op papier ontvangen? Dan kunt u hiervoor een verzoek indienen bij onze klantenservice. U krijgt dan alsnog uw correspondentiestuk op papier. Uw verzoek geldt alleen voor het correspondentiestuk dat u opvraagt. Alle toekomstige correspondentie ontvangt u gewoon weer digitaal op de gebruikelijke wijze.

3 Vergoeding van zorg

Vergoeding

Om te bepalen of u recht heeft op de vergoeding van zorg, is de behandeldatum en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat bepalend. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is. Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de DBC (de datum van de eerste zorgactiviteit) bepalend voor het recht op vergoeding van zorg. Op het startmoment moet u bij ons verzekerd zijn om zorg vergoed te krijgen.

Vrije keuze van zorgaanbieder

Met deze basisverzekering heeft u recht op de vergoeding van kosten voor zorg. Daarbij bent u volledig vrij in de keuze van zorgaanbieder. U kunt hierbij gebruik maken van:

- zorg verleend door een zorgaanbieder die een overeenkomst met ons heeft (gecontracteerde zorg);
 - zorg verleend door een zorgaanbieder die geen overeenkomst met ons heeft (niet-gecontracteerde zorg).
- Voor GGZ (Art. 18.12) en Verpleging & verzorging (Art. 18.27) geldt een maximale vergoeding van 90% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief. De rekening betaalt u eerst zelf en declareert u daarna bij ons.

Vergoeding bij gecontracteerde zorg

Als u kiest voor zorg bij een gecontracteerde zorgaanbieder, vergoeden wij uw kosten volgens de tarieven die wij hebben afgesproken met deze zorgaanbieder. Wij betalen de zorgaanbieder rechtstreeks en u ontvangt geen nota. Een eventuele wettelijke eigen bijdrage betaalt u meestal apart aan de zorgaanbieder. Is dat niet het geval, dan incasseren wij dit bij u. Naast afspraken over de tarieven en de wijze van declareren, leggen wij in het contract met de zorgaanbieder ook afspraken vast over de kwaliteit en de doelmatigheid van zorg en de voorwaarden waaronder de zorg mag worden verleend.

Gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op zorgzoeker.asr.nl.

Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Wettelijk maximumtarief

Als u naar een zorgaanbieder binnen Nederland gaat waarmee wij geen contract hebben afgesloten en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan betalen wij uw behandeling tot maximaal dit wettelijke maximumtarief. Een zorgaanbieder mag in een dergelijk geval geen hogere prijs vragen dan het wettelijke maximum. Uitzonderingen hierop zijn:

- GGZ (specialistisch en basis)
Hiervoor geldt dat wij uw behandeling vergoeden tot ten hoogste 90% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. De rekening betaalt u eerst zelf en declareert u daarna bij ons.
- Verpleging en verzorging
Hiervoor geldt dat wij uw behandeling vergoeden tot ten hoogste 90% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. De rekening betaalt u eerst zelf en declareert u daarna bij ons.

Onze maximale tarieven kunt u vinden op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/maximale-vergoedingen.

Vrije tarieven

Als u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen contract hebben afgesloten en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan betalen wij uw behandeling tot het marktconforme tarief. Hieronder wordt wettelijk verstaan: de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten.



Ergotherapie in het kader van gzsp

Indien u zorg ontvangt in het kader van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp), dan dient de zorg geleverd te worden volgens de voorwaarden zoals omschreven in artikel 18.11.

18.8 Farmaceutische zorg

Farmaceutische zorg betreft een geneesmiddel en de terhandstelling, het advies erover en begeleiding hiervan. Geneesmiddelen zijn er in allerlei vormen zoals tabletten, drankjes, injecties etc. Een geneesmiddel betreft een stof die een bepaalde (gewenst genezende) werking op het lichaam heeft.

Vergoeding

Recht op vergoeding van farmaceutische zorg betreft:

- levering van geneesmiddelen en advies zoals apothekhoudenden (apothekers en apothekhoudende huisartsen) die bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.
- Vergoeding van:
 - de door ons aangewezen geregistreerde geneesmiddelen uit Bijlage 1 t/m 2 van de Regeling zorgverzekering en apothekbereidingen die (nagenoeg) gelijkwaardig zijn aan de niet aangewezen geregistreerde geneesmiddelen vermeld in Bijlage 3A van de Regeling zorgverzekering. Voor meer informatie over de door ons aangewezen geneesmiddelen en de voorwaarden die hierop van toepassing zijn, verwijzen wij u naar ons Reglement Farmaceutische Zorg en naar onze website, zie hiervoor www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/medicijnen;
 - andere geneesmiddelen, mits het rationele farmacotherapie betreft die:
 - door of in opdracht van een apothekhoudende in diens apotheek op kleine schaal zijn bereid en ter hand worden gesteld (overeenkomstig artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet);
 - door vastgestelde regels in de handel worden gebracht en op verzoek van een arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant. De geneesmiddelen zijn bestemd voor gebruik door individuele patiënten van die arts en zijn onder zijn toezicht bereid volgens zijn specificaties. (overeenkomstig artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet);
 - door vastgestelde regels in de handel zijn in een andere lidstaat of een derde land en op verzoek van een arts in Nederland zijn ingevoerd of anderszins binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht en bestemd zijn voor een patiënt die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners (overeenkomstig artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet);
 - polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten die voldoen aan onderdeel 1 van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Ze moeten tevens voldoen aan de in artikel 2.3 van het Reglement farmaceutische zorg Vrije Keuze genoemde bepalingen.

Bijlage 1 t/m 3A van de Regeling zorgverzekering kunnen gedurende het jaar gewijzigd worden door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Bijlage 1 t/m 3A van de Regeling zorgverzekering kunt u vinden op <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018715>

Het Reglement farmaceutische zorg Vrije Keuze kunt u vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Wij vergoeden de terhandstelling van geneesmiddelen door apothekhoudenden. Naast de terhandstelling bieden we ook een vergoeding voor de geneesmiddelen zoals hierboven omschreven. Voor sommige geneesmiddelen (niet voor de terhandstelling) betaalt u een wettelijke eigen bijdrage tot maximaal € 250,-. De minister van VWS bepaalt voor welke geneesmiddelen dit het geval is. Deze geneesmiddelen staan vermeld in Bijlage 1a van de Regeling zorgverzekering.

Informatie over de eigen bijdrage kunt u vinden in artikel 2.1 van het Reglement farmaceutische zorg Vrije Keuze of op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/eigen-risico.



De kosten van de meeste preferente geneesmiddelen worden gedeeltelijk (voor 35%) verrekend met het eigen risico. De kosten van een aantal preferente geneesmiddelen worden in het geheel niet verrekend met het eigen risico. Op de lijst Preferente geneesmiddelen (zie de lijst op <https://www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/medicijnen/voorkeursbeleid>) kunt u nalezen welke geneesmiddelen preferent zijn en of de kosten daarvan niet, dan wel gedeeltelijk (voor 35%) met het eigen risico worden verrekend. De kosten van overige geneesmiddelen worden volledig verrekend met uw eigen risico.

Wij vergoeden ook advies en begeleiding zoals apothekhoudenden die plegen te bieden.

Onder dit advies en deze begeleiding vallen:

- terhandstelling van een UR (uitsluitend op recept) geneesmiddel;
- begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel.

De kosten van de zorg die de apotheek verleent (zoals kosten van de aflevering of een begeleidingsgesprek) vallen volledig onder het verplicht eigen risico, ook als de apotheek preferente geneesmiddelen levert.

Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten moeten worden geleverd door een apothekhoudende of een medisch gespecialiseerde hulpmiddelenleverancier.

Voorschrijver

Tenzij wij andere afspraken hebben gemaakt met uw zorgaanbieder, moeten de ter hand gestelde geneesmiddelen op voorschrift zijn van:

- huisarts;
- bedrijfsarts;
- jeugdarts;
- medisch specialist;
- tandarts;
- tandarts-specialist;
- verloskundige;
- specialistisch verpleegkundige;
- Physician Assistant;
- Specialist Ouderengeneeskunde
- Arts Verstandelijke Gehandicapten

Terhandstelling staat onder verantwoordelijkheid van een apothekhoudende.

Wij vergoeden geen:

- farmaceutische zorg waarvan de minister heeft besloten dat het geen verzekerde zorg is of waaraan de minister bepaalde voorwaarden heeft gesteld waaraan niet is voldaan;
- geneesmiddelen voor ziekerisico bij reizen;
- geneesmiddelen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
- geneesmiddelen waarvoor een aanvraag om een handelsvergunning bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) is ingediend, of waarmee nog klinische proeven gaande zijn en dat bij ministeriële regeling te stellen voorwaarden beschikbaar is gesteld voor gebruik in schrijvende gevallen;
- eigen bijdrage(n) voor geneesmiddelen tot € 250,-;
- eigen bijdrage(n) voor geneesmiddelen die onder het eigen risico vallen;
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) zit, met uitzondering van apothekbereidingen van geneesmiddelen die op Bijlage 3A van de Rzv zijn opgenomen;
- homeopathische en antroposofische producten en geneesmiddelen;
- voedingssupplementen en niet als geneesmiddel geregistreerde vitaminen;
- andere kosten (bijvoorbeeld administratie- of verzendkosten).

Reglement farmaceutische zorg

In het Reglement farmaceutische zorg Vrije Keuze hebben wij nadere voorwaarden vermeld over de beoordeling van de aanspraak op vergoeding van farmaceutische zorg. Dit betreft onder andere:

- toestemmingsvereisten;
- afleverhoeveelheden;



- specifieke bepalingen voor geneesmiddelen;
- vergoeding van geneesmiddelen.

Het Reglement farmaceutische zorg Vrije Keuze kunt u vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

18.9 Fysiotherapie en oefentherapie

Fysiotherapie en oefentherapie zijn behandelingen die zijn gericht op verbetering van uw manier van bewegen en uw houding bij lichamelijke klachten.

Algemeen

Het gaat om zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. Voor een behandeling op een andere locatie dan de praktijk van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld aan huis of in een instelling, is een verklaring van een huisarts of medisch specialist nodig waaruit de medische noodzaak blijkt voor een aan huis behandeling of behandeling in een instelling. Dit geldt alleen wanneer u naar een niet-gecontracteerde fysio- of oefentherapeut gaat.

Fysiotherapie in het kader van gzsp

Indien u zorg ontvangt in het kader van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp), dan dient de zorg geleverd te worden volgens de voorwaarden zoals omschreven in artikel 18.11.

Bij jonger dan 18 jaar

Wij vergoeden fysiotherapie en oefentherapie:

- als uw aandoening wel wordt genoemd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering:
 - U wordt behandeld door een (kinder)fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkenfysiotherapeut of oedeemtherapeut. U heeft een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig waaruit blijkt voor welke indicatie u wordt behandeld. De in bijlage 1 genoemde behandelduur mag niet worden overschreden. Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut;
- als uw aandoening niet wordt genoemd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering:
 - maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. U wordt behandeld door een (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar of oedeemtherapeut. Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut;
 - bij ontoereikend resultaat maximaal 9 extra behandelingen per indicatie per kalenderjaar. U heeft hiervoor een verklaring van een arts of medisch specialist nodig waaruit de medische noodzaak blijkt voor de 9 extra behandelingen. Dit geldt alleen wanneer u naar een niet-gecontracteerde fysio- of oefentherapeut gaat.

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kunt u vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Bij 18 jaar of ouder

Wij vergoeden fysiotherapie en oefentherapie:

- als uw aandoening wordt genoemd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering:
 - de behandelingen vanaf de 21ste behandeling. U wordt behandeld door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkenfysiotherapeut, oedeemtherapeut of geriatrisch fysiotherapeut. U heeft een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig. De in bijlage 1 genoemde behandelduur mag niet worden overschreden. Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut;
- maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie voor urine-incontinentie. U wordt behandeld door een bekkenfysiotherapeut;
- maximaal de eerste 37 behandelingen bij de indicatie etalagebenen (fase 2 claudicatio intermittens) gedurende een periode van maximaal 12 maanden. U heeft een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig;
- maximaal 12 behandelingen oefentherapie bij artrose van de heup of knie gedurende een periode van maximaal 12 maanden;

