



# ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Farmaceutische zorg, medicinale cannabis, coulance

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en  
2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 201902599

Zittingsdatum : 6 mei 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

---

1. Partijen

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


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


2. Verloop van de procedure


- 2.1. Bij klachtenformulier van 14 januari 2020 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 11 maart 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 16 maart 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 6 april 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020013743) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 7 april 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 mei 2020 gehoord.
- 2.5. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht zijn coulancebeleid ten aanzien van medicinale cannabis toe te lichten. Bij brief van 7 mei 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift hiervan is op 11 mei 2020 aan verzoeker gestuurd. Daarbij is hij in de gelegenheid gesteld om op bedoelde reactie te reageren. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 14 mei 2020 van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 18 mei 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van eveneens 18 mei 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.


3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering). Daarnaast waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basis Plus Module en Aanvullend Tand\*\*\* (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) afgesloten.
- 3.2. Verzoeker lijdt iedere dag aan ernstige zenuwpijnen. Deze pijnklachten heeft verzoeker al op verschillende manieren proberen te verhelpen, maar niets werkt. Zelfs meerdere injecties in de gewrichten hebben niet tot verbetering geleid. Omdat die reden heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten van medicinale cannabis te vergoeden.


 3.3. Bij e-mailbericht van 22 oktober 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van medicinale cannabis niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering. Daarnaast voldoet verzoeker niet aan de voorwaarden om in aanmerking te komen voor een coulancevergoeding. Desalniettemin heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een eenmalige en onverplichte vergoeding van € 250,-- toegekend.


 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 25 oktober 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

 3.5. Bij brief van 6 april 2020 heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op de zorgverzekering, af te wijzen. Daarbij heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, het volgende opgemerkt:


 *“Medicinale cannabis toegepast bij de indicatie chronische zenuwpijn en lage rugklachten komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering omdat geen sprake is van rationale farmacotherapie. De werkzaamheid en effectiviteit van medicinale cannabis bij deze indicatie zijn niet aangetoond op basis van wetenschappelijke literatuur.”*

 4. Geschil


 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van medicinale cannabis moet vergoeden.

 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.


 5. Bevoegdheid van de commissie

 5.1. Gelet op artikel 18 van de zorgverzekering en de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

 6. Beoordeling

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

 **Zorgverzekering**

 6.2. De vraag die moet worden beantwoord, is of medicinale cannabis een geregistreerd geneesmiddel betreft. Indien dit het geval is, dient te worden beoordeeld of het middel onderling vervangbaar is. Een geregistreerd onderling vervangbaar geneesmiddel wordt alleen vergoed, indien het door de Minister van VWS is aangewezen. Geregistreerde niet-onderling vervangbare geneesmiddelen komen in beginsel voor vergoeding in aanmerking. Als het middel niet is geregistreerd, dient te worden bekeken of sprake is van een zogenoemde ‘orphan drug’ – dit is een geneesmiddel dat wordt voorgeschreven aan personen die lijden aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij één op de 150.000 inwoners – dan wel ‘magistrale receptuur’, dat wil zeggen een middel dat is bereid door een apotheker. Hierbij geldt als eis dat het dient te gaan om rationale farmacotherapie.

- 6.3. Medicinale cannabis behoort niet tot de geregistreerde, door de Minister van VWS aangewezen geneesmiddelen, die zijn vermeld op bijlage 1 Rzv. Ook betreft het geen 'orphan drug'. Aanspraak bestaat op magistrale bereidingen, mits het rationele farmacotherapie betreft. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 6 april 2020 geconcludeerd dat medicinale cannabis toegepast bij de indicatie chronische zenuwpijn en lage rugklachten, niet is aan te merken als rationele farmacotherapie en daarom niet in aanmerking komt voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering. De commissie neemt dit advies over, hetgeen betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van het middel.

#### **Aanvullende ziektekostenverzekering**

- 6.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van geregistreerde geneesmiddelen, apotheekbereidingen en gezondheidsproducten die niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Voorwaarde om voor vergoeding in aanmerking te komen is dat zowel het middel als de aandoening voorkomt op de *"Lijst van geregistreerde geneesmiddelen, apotheekbereidingen en gezondheidsproducten die niet vanuit de basisverzekering, maar - in combinatie met aandoening(en) - wel beperkt worden vergoed vanuit de aanvullende verzekering."* De commissie stelt vast dat medicinale cannabis niet voorkomt op deze lijst. Daarom komt dit middel niet in aanmerking voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

#### **Coulance**

- 6.5. Verzoeker heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar coulance dient te betrachten, omdat medicinale cannabis verlichting van de pijn geeft en andere medicatie voor hem niet helpt. De ziektekostenverzekeraar heeft na afloop van de hoorzitting een en ander toegelicht. Hieruit blijkt dat hij in het verleden ten onrechte medicinale cannabis heeft vergoed ten laste van de zorgverzekering. Verzekerden die destijds het middel vergoed kregen werden met een overgangstermijn van een halfjaar geïnformeerd over de stopzetting van de vergoeding. De overgangperiode duurde van 1 januari 2017 tot 1 juli 2017. In deze periode is aan twee terminale patiënten coulancehalve medicinale cannabis vergoed. Na deze overgangperiode heeft de ziektekostenverzekeraar geen coulance aanvragen voor medicinale cannabis meer toegekend. Hiertoe oordeelt de commissie dat de bevoegdheid tot toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In het door deze ter zake gevoerde beleid kan de commissie niet treden. Dit is slechts anders indien de ziektekostenverzekeraar een beleid zou voeren waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld. Gesteld noch gebleken is dat hiervan in de onderhavige situatie sprake is. Evenmin is komen vast te staan dat de ziektekostenverzekeraar in zijn uitlatingen naar verzoeker is afgeweken van het hiervoor beschreven beleid.
- 6.6. Ten overvloedige merkt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar, ondanks dat verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden om voor een coulancevergoeding in aanmerking te komen, ervoor heeft gekozen aan hem in 2019 een eenmalige en onverplichte vergoeding van € 250,-- toe te kennen. In die beslissing van de ziektekostenverzekeraar zal de commissie niet treden.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 mei 2020,



H.A.J. Kroon



# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

---

## 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.



---

# Besluit zorgverzekering

---

## Bijlage 1. van het Besluit zorgverzekering

Bijlage behorende bij artikel 2.6, tweede lid.

1. De aandoeningen, bedoeld in artikel 2.6, tweede lid, betreffen:
  - a. een van de volgende aandoeningen van het zenuwstelsel:
    - 1°. cerebrovasculair accident;
    - 2°. ruggemergaandoening;
    - 3°. multipele sclerose;
    - 4°. perifere zenuwaandoening indien sprake is van motorische uitval;
    - 5°. extrapyramidale aandoening;
    - 6°. motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel en hij jonger is dan 17 jaar;
    - 7°. aangeboren afwijking van het centraal zenuwstelsel;
    - 8°. cerebellaire aandoening;
    - 9°. uitvalsverschijnselen als gevolg van een tumor in de hersenen of het ruggenmerg dan wel als gevolg van hersenletsel;
    - 10°. radiculair syndroom met motorische uitval;
    - 11°. spierziekte;
    - 12°. myasthenia gravis;
  - b. of een van de volgende aandoeningen van het bewegingsapparaat:
    - 1°. aangeboren afwijking;
    - 2°. progressieve scoliose;
    - 3°. juveniele osteochondrose en hij jonger is dan 22 jaar;
    - 4°. reflexdystrofie;
    - 5°. [vervallen;]
    - 6°. fractuur als gevolg van morbus Kahler, botmetastase of morbus Paget;
    - 7°. frozen shoulder (capsulitis adhaesiva);
    - 8°. [vervallen;]
    - 9°. [vervallen;]
    - 10°. [vervallen;]
    - 11°. [vervallen;]
    - 12°. [vervallen;]
    - 13°. hyperostotische spondylose (morbus Forestier);
    - 14°. collageenziekten;
    - 15°. status na amputatie;
    - 16°. whiplash;
    - 17°. postpartum bekkeninstabiliteit;
    - 18°. fracturen indien deze conservatief worden behandeld;
  - c. [vervallen;]
  - d. of een van de volgende aandoeningen:
    - 1°. [vervallen;]
    - 2°. aangeboren afwijking van de tractus respiratorius;
    - 3°. lymfoedeem;
    - 4°. littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma;
    - 5°. status na opname in een ziekenhuis, een verpleeginrichting of een instelling voor revalidatie dan wel na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie en de hulp dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling;
    - 6°. perifere arterieel vaatlijden in stadium 3 Fontaine;
    - 7°. weke delen tumoren;
    - 8°. diffuse interstitiële longaandoening indien sprake is van ventilatoire beperking of diffusiestoornis.
2. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 10, of onderdeel b, subonderdeel 17, is de duur van behandeling maximaal drie maanden.

3. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 18, is de duur van behandeling maximaal zes maanden na conservatieve behandeling.
4. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 7, of onderdeel d, subonderdeel 6, is de duur van behandeling maximaal twaalf maanden.
5. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5, is de duur van de behandeling maximaal twaalf maanden in aansluiting op ontslag naar huis of beëindiging van de behandeling in de instelling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5.
6. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 16, is de duur van de behandeling maximaal drie maanden. Indien hierna nog sprake is van de trias bewegingsverlies, conditieverlies en cognitieve stoornissen, kan deze periode verlengd worden met maximaal zes maanden.
7. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 7, is de duur van behandeling maximaal twee jaren na bestraling.



## Hulpmiddelen

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

### 4 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

- a levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding;
- b het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;
- c een eventueel reservehulpmiddel.

#### Voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen

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

#### Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

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

#### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde leverancier

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

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



## Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

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

### 5 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

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

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

#### U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:

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

#### Wettelijke eigen bijdrage

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



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

#### Voorwaarden voor het recht op geneesmiddelen en dieetpreparaten

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

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

#### Voorwaarden voor het recht op (deel)prestaties

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

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

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

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

#### Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

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

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

#### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde apotheek

**Let op!** Ontvangt u 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](http://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 13) 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.

