

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden
Zaak : Farmaceutische zorg, Nexium®, preferentiebeleid, medische noodzaak
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020 en 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020 en 2021
Zaaknummer : 202100624
Zittingsdatum : 26 januari 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 19 juni 2021 heeft verzoeker per klachtenformulier en ongedateerde brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een niet-bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 7 juli 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 september 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 7 september 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 7 oktober 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021034987) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 11 oktober 2021 aan partijen gestuurd, waarbij hen de mogelijkheid is geboden schriftelijk op het advies te reageren. Verzoeker heeft op 16 oktober 2021 per e-mail van deze mogelijkheid gebruikgemaakt. Een kopie van zijn reactie is op 22 oktober 2021 ter informatie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, die noch op het voorlopig advies noch op de reactie van verzoeker heeft gereageerd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 12 september 2021 respectievelijk 21 september 2021 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 en 18 november 2021 bezwaar gemaakt tegen het uitbrengen van een niet-bindend advies. Ingevolge artikel 14, lid 1 in samenhang met artikel 1, leden 14 en 15 van het Reglement van de commissie is een niet-bindend advies niet mogelijk ingeval het geschil ziet op een zorgverzekering. De commissie heeft daarom besloten contact op te nemen met verzoeker om hem de mogelijkheid te bieden zijn verzoek te wijzigen in een verzoek om een bindend advies. Verzoeker heeft hiermee op 31 december 2021 alsnog schriftelijk ingestemd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende Ziektekostenverzekering AV Gemeente-Standaard (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Op 6 oktober 2020 heeft verzoeker de kosten van het niet-preferente geneesmiddel Nexium® tablet Msr 40 mg bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Deze heeft uit de wijze van

declareren afgeleid dat geen sprake meer was van een medische noodzaak en de declaratie om die reden afgewezen. Verzoeker heeft, na hierom te zijn gevraagd, bij herhaling een door de huisarts en apotheker ingevuld formulier 'Verklaring Medische Noodzaak Geneesmiddel' aangeleverd, voor het laatst op 17 februari 2021. Opnieuw volgde een afwijzing, gedateerd 24 februari 2021.

- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 11 maart 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 7 oktober 2021 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie onder meer het volgende verklaard:

"(...)

Farmacotherapeutische beoordeling

Nexium® is een merkgeneesmiddel met de werkzame stof esomeprazol en is een maagbeschermer uit de groep van de protonpompremmers. Generieke alternatieven met dezelfde werkzame stof, hoeveelheid, toedieningsvormen met eenzelfde mate en snelheid van absorptie zouden eenzelfde effect moeten hebben. Gebruikte hulpstoffen kunnen mogelijk afwijken tussen de geneesmiddelen onderling, maar in het dossier staat geen contra-indicatie voor een bepaalde hulpstof beschreven.

Het dossier bevat een endoscopie verslag d.d. 23 oktober 2007 van de maag-darm-lever (MDL) arts waarin staat dat de verzoeker een "verdikte maagplooï heeft ws obv maag-mucosa prolaps syndroom". Nexium® 40 mg is voorgeschreven door de MDL-arts en de huisarts. Het dossier [bevat] een recept van de MDL[-]arts (d.d. 14 januari 2008) en de huisarts (d.d. 29 september 2020). Op het recept van de huisarts staat dat het gaat om een medische noodzaak.

Het is onwaarschijnlijk dat substitutie van Nexium® naar een gelijkwaardig generiek geneesmiddel leidt tot een verandering in effectiviteit en het dossier bevat onvoldoende onderbouwing voor een causaal verband.

De genoemde bijwerkingen van verzoeker zoals malaise en duizeligheid zijn bijwerkingen van de werkzame stof esomeprazol.

Conclusie

Het dossier bevat onvoldoende onderbouwing voor een medische noodzaak van het geneesmiddel Nexium®.

(...)"

4. Geschil
 - 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de door hem reeds gemaakte en de nog te maken kosten van het niet-preferente geneesmiddel Nexium® tablet Msr 40 mg moet vergoeden.
 - 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.
5. Bevoegdheid van de commissie
 - 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover een bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 4.6.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 5.6 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

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

6.2. Verzoeker vordert dat de ziektekostenverzekeraar de - door hem gemaakte en nog te maken - kosten van het geneesmiddel Nexium® tablet Msr 40 mg moet vergoeden. Hij licht toe dat hij het geneesmiddel al sinds 2007 gebruikt. De MDL-arts schrijft hem dit middel specifiek voor sinds 2008, zoals blijkt uit het overgelegde recept, gedateerd 14 januari 2008. Verzoeker verwijst voorts naar de 'Verklaring Medische Noodzaak Geneesmiddel'. De huisarts heeft hierin als bijwerkingen vermeld "malaise, duizeligheid" en daarnaast "minder werking ervaren". Door de apotheker is ingevuld: "de patiënt heeft last van de andere merken en hij krijgt meer last van zijn maag als hij de andere soorten gebruikt". Zowel de huisarts als de apotheker concludeert tot het bestaan van een medische noodzaak.

Volgens verzoeker heeft hij de ziektekostenverzekeraar reeds in 2012 - op diens verzoek - een 'Verklaring Medische Noodzaak Geneesmiddel' gestuurd. Vervolgens zijn de kosten van het geneesmiddel steeds vergoed, ook in 2019 en 2020, tot de declaratie in oktober van dat jaar. Toen hierom werd verzocht heeft verzoeker bij herhaling het opnieuw ingevulde formulier ingestuurd. Naar aanleiding hiervan is door de ziektekostenverzekeraar geen contact gezocht met de huisarts of apotheker.

Uit een door verzoeker overgelegd overzicht blijkt dat hij in 2006, 2007 en 2015 Domperidon gebruikte, eveneens in 2006 Patozol (Pantoprazol), en in 2012 Esomeprazol.

Verzoeker heeft de commissie bij wijze van reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut van 7 oktober 2021 verzocht bij de internist die destijds met klem heeft geadviseerd om dit middel te gebruiken, navraag te doen over de noodzaak voor het gebruik van Nexium®. Volgens verzoeker moet de commissie meegaan in het oordeel van deze internist over de medische noodzaak voor Nexium®.

6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat hij met ingang van 2019 een preferentiebeleid voert. Voordien werd het door verzoeker gebruikte geneesmiddel gewoon vergoed. Ook in het jaar 2019 vond vergoeding plaats, maar dit was niet op grond van de medische noodzaak, maar op basis van de declaratie door de apotheker met de code 'logistieke noodzaak'. Hieronder wordt verstaan dat het voorkeursgeneesmiddel tijdelijk niet beschikbaar was. In 2020 zijn de kosten aanvankelijk door de apotheker gedeclareerd, maar op 6 oktober van dat jaar volgde een declaratie door verzoeker. De ziektekostenverzekeraar heeft hieruit afgeleid dat niet langer sprake was van een medische noodzaak. De afspraak met de apotheek is immers dat deze de kosten declareert met de code 'medische noodzaak' indien hij samen met de arts heeft vastgesteld dat hiervan sprake is. Ten behoeve van genoemde declaratie heeft verzoeker het oude formulier 'Verklaring Medische Noodzaak Geneesmiddel' laten invullen en dit aan de ziektekostenverzekeraar toegestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker tot tweemaal toe verzocht het nieuwe formulier 'Verzoek beoordeling medische noodzaak' te laten invullen en aan hem toe te sturen, maar in plaats hiervan heeft verzoeker opnieuw het reeds toegezonden formulier aangeleverd.

Wil er sprake zijn van een medische noodzaak, dan moeten gedurende langere tijd ten minste twee generieke (merkloze) geneesmiddelen zijn geprobeerd. Daarnaast moet zijn aangetoond dat er sprake is van een allergie of overgevoeligheidsreactie voor een van de hulpmiddelen van de generieke middelen. Aan beide voorwaarden voldoet verzoeker niet. Verzoeker heeft in 2012 eenmaal Esomeprazol 40 mg van Sandoz afgeleverd gekregen. De in het formulier vermelde klachten komen voorts door de werkzame stof, en deze zit in alle varianten met esomeprazol. Verder wordt in het formulier gesteld dat minder werking wordt ervaren. De ziektekostenverzekeraar is hiervan niet overtuigd, omdat de fabrikanten van de generieke middelen moeten aantonen dat de werkzame stof in dezelfde mate en gelijke tijd vrijkomt als bij

de specialité. Dit wordt de bio-equivalent genoemd. Op basis van het voorgaande is de medische noodzaak voor het niet-preferente geneesmiddel niet aangetoond en kan hiervan geen vergoeding plaatsvinden.

De expliciete vermelding van Nexium® op het recept uit 2008 is niet opmerkelijk, omdat het voorschrijven op basis van een bepaalde werkzame stof destijds nog geen gemeengoed was. Het aantal generieke middelen met de werkzame stof esomeprazol was toen overigens ook beduidend minder dan nu het geval is. Mede om deze reden is geoordeeld dat de 'Verklaring Medische Noodzaak Geneesmiddel' uit 2012 niet meer actueel is. De ziektekostenverzekeraar heeft geen contact opgenomen met de huisarts en/of de apotheker, omdat beiden informatie hebben verstrekt op het toegestuurde formulier 'Verklaring Medische Noodzaak Geneesmiddel'. Verzoeker heeft gesteld dat hij in 2012 voor het eerst een 'Verklaring medische Noodzaak Geneesmiddelen' heeft ingestuurd. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd hoe deze stelling zich verhoudt tot de mededeling van de ziektekostenverzekeraar dat eerst per 1 januari 2019 een preferentiebeleid geldt. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop toegelicht dat hij in 2012 alle generieke middelen aanwees als preferent. Merkgeneesmiddelen zoals Nexium® vielen hier buiten, tenzij sprake was van een medische noodzaak. Met ingang van 2019 voert hij een preferentiebeleid, waarbij voor bepaalde werkzame stoffen, zoals esomeprazol, maar één variant is aangewezen als preferent.

Zorgverzekering

- 6.4. Een zorgverzekeraar mag een preferentiebeleid voeren, mits van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Dit volgt uit artikel 2.8 Bzv. Een andere voorwaarde is dat de verzekerde recht heeft op een vervangend geneesmiddel als het gebruik van het preferente geneesmiddel medisch gezien niet verantwoord is. Uit artikel 19.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering blijkt dat de ziektekostenverzekeraar een dergelijk preferentiebeleid voert.
- 6.5. In artikel 19.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering verwijst de ziektekostenverzekeraar naar het 'Reglement Farmaceutische zorg' (hierna: het reglement). Hierin is opgenomen dat voor de werkzame stof esomeprazol, Msr 40 mg, tot 31 december 2021 de generieke variant van Prolepha research bv als voorkeursgeneesmiddel is aangewezen. Het staat vast dat verzoeker dit geneesmiddel niet heeft geprobeerd.
- 6.6. Het is aan verzoeker te stellen en te onderbouwen dat het medisch onverantwoord is het door de ziektekostenverzekeraar aangewezen voorkeursgeneesmiddel te gebruiken en de hiervoor noodzakelijke informatie aan te leveren. Het is dan ook om deze reden dat de commissie niet overgaat tot het inwinnen van informatie bij de behandelend internist, zoals door verzoeker gevraagd. Wat betreft de stellingen van verzoeker over de medische noodzaak van het gebruik van Nexium® en - daarmee - het medisch onverantwoord zijn van het gebruik van het aangewezen voorkeursmiddel overweegt de commissie als volgt. Verzoeker heeft in dit verband in de eerste plaats verwezen naar het recept van zijn MDL-arts uit 2008. De commissie constateert evenwel dat hierop geen medische noodzaak is vermeld, terwijl een dergelijke noodzaak evenmin uit het recept kan worden afgeleid. De commissie merkt in dit verband nog op dat de ziektekostenverzekeraar onweersproken heeft gesteld dat het voorschrijven op basis van de werkzame stof in die tijd nog niet algemeen gebruikelijk was. Verzoeker heeft verder verwezen naar de eerder aangehaalde 'Verklaring Medische Noodzaak Geneesmiddel'. Ook hieruit valt naar het oordeel van de commissie niet af te leiden dat bij verzoeker een medische noodzaak voor het niet-preferente geneesmiddel bestaat. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar onweersproken gesteld dat de klachten waarvan door de huisarts en de apotheker melding wordt gemaakt inherent zijn aan de werkzame stof esomeprazol, en dus niet aan een hulp- of vulstof die per variant kan verschillen. Ten aanzien van een mogelijke allergie of overgevoeligheid is expliciet vermeld: "Niet aan te tonen".

Het voorgaande leidt tot de conclusie - die ook valt te lezen in het voorlopige advies van het Zorginstituut van 7 oktober 2021, welke conclusie de commissie tot de hare maakt - dat verzoeker de vereiste medische noodzaak niet aannemelijk heeft gemaakt en het verzoek om die reden wordt afgewezen.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.7. De aanvullende ziektekostenverzekering kent op het terrein van de farmaceutische zorg alleen dekking voor anticonceptiva en als zodanig geregistreerde maagzuurremmers die niet in de basisverzekering zijn opgenomen. Bij de maagzuurremmers gaat het om niet-chronisch gebruik en gebruik gedurende de eerste vijftien dagen, waarbij de kosten voor eigen rekening komen. Hieruit volgt dat het verzoek niet kan worden toegewezen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.8. Het oordeel dat geen aanspraak bestaat op basis van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering wordt niet anders door de omstandigheid dat, zoals door verzoeker aangevoerd, de ziektekostenverzekeraar in 2020 kennelijk eenmaal een rechtstreekse declaratie van de apotheker (van 23 april 2020) van Nexium® heeft vergoed. Naar de commissie begrijpt was deze declaratie toen niet voorzien van een onderbouwing van de medische noodzaak, en was dit ook bij verzoeker bekend. Onder deze omstandigheden is geen sprake van een rechtens te honoreren gewekt vertrouwen.
- 6.9. Verzoeker heeft zich tot slot erop beroepen dat Nexium® eerder wel werd vergoed door de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft, op zijn beurt, toegelicht dat dit geen verband hield met een medische noodzaak, maar was om logistieke redenen. De commissie overweegt dat de afspraken tussen de ziektekostenverzekeraar en de apotheker destijds kennelijk de mogelijkheid open lieten vanwege een 'logistieke noodzaak' het niet-preferente geneesmiddel te declareren. Het alternatief zou zijn dat verzoeker van een voor hem noodzakelijk geneesmiddel geheel verstoken zou blijven, hetgeen vanzelfsprekend niet wenselijk was. Op basis van deze bestaande praktijk mocht verzoeker redelijkerwijs niet ervan uitgaan dat de ziektekostenverzekeraar, door tot vergoeding over te gaan, daarmee ook de medische noodzaak van het gebruik van Nexium® erkende. Mogelijk is deze indruk bij de verzoeker gewekt door de declarerende apotheker, maar zo dit al het geval is, kan dit in de onderhavige procedure niet worden tegengeworpen aan de ziektekostenverzekeraar, omdat laatstgenoemde buiten de verhouding tussen apotheker en verzoeker staat en deze verhouding ook niet voorwerp van geschil is in de onderhavige procedure en/of, zonder nadere omstandigheden die gesteld noch zijn gebleken, voor de onderhavige procedure van belang is.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 januari 2022,

A.I. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

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.

Werkzame stof + sterkte	Artikelnaam	Fabrikant	Artikelnummer	Ingangsdatum aanwijzing	Einddatum aanwijzing
ESOMEPRAZOL MSR 40MG	Esomeprazol aristo capsule msr 40mg	Prolepha research bv	16193415	1-1-2021	31-12-2021
ESTRADIOL 2MG	Zumenon tablet 2mg	Mylan b.v.	13652281	1-1-2021	31-12-2021
ESTRADIOL 50UG/24UUR	Estradiol sandoz pleister transderm 50mcg/24uur	Sandoz bv	15195465	1-1-2021	31-12-2021
ETHINYLESTRA/ETONO 15/120MCG/24U (3,5/11,0MG)	Ornibel ring vaginaal	Xiromed	16739167	1-1-2021	31-12-2021
ETHINYLESTRADIOL/DESOGESTREL 20/150UG	Ethinylestradiol/desogestr myl tablet 0,02/0,15mg	Mylan b.v.	16306317	1-1-2021	31-12-2021
ETHINYLESTRADIOL/DESOGESTREL 30/150UG	Ethinylestradiol/desogestr foc tb omh 0,03/0,15mg	Focus Care Pharmaceuticals B.V.	16414640	1-1-2021	31-12-2021
ETHINYLESTRADIOL/DROSPIRENON 20UG/3MG	Drospirenon/ethinylestr 24+4 xiromed tab omh 3/0,02mg	Xiromed	16746600	1-1-2021	31-12-2021
ETHINYLESTRADIOL/DROSPIRENON 30UG/3MG	Drospirenon/ethinylestradiol aur tabl omh 3/0,03mg	Aurobindo pharma bv	16592514	1-1-2021	31-12-2021
ETHINYLESTRADIOL/GESTODEEN 30/75UG	Gestodeen/ethinylestradiol act tabl 0,075/0,03mg	Aurobindo pharma bv	16592530	1-1-2021	31-12-2021
ETHINYLESTRADIOL/LEVONORGESTREL 20/100UG	Ethinylestradiol/levonorg focus tab omh 0,02/0,1mg	Focus Care Pharmaceuticals B.V.	16405056	1-1-2021	31-12-2021
ETHINYLESTRADIOL/LEVONORGESTREL 30/150UG	Levonorgestrel/ethinylestr foc tab omh 0,15/0,03mg	Focus Care Pharmaceuticals B.V.	16785983	1-1-2021	31-12-2021
ETORICOXIB 30MG	Etoricoxib mylan tablet filmomhuld 30mg	Mylan b.v.	16530985	1-1-2021	31-12-2021
ETORICOXIB 60MG	Etoricoxib glenmark tablet filmomhuld 60mg	Glenmark pharmaceuticals europe limited	16529960	1-1-2021	31-12-2021
ETORICOXIB 90MG	Etoricoxib glenmark tablet filmomhuld 90mg	Glenmark pharmaceuticals europe limited	16529979	1-1-2021	31-12-2021
EXEMESTAAN 25MG	Exemestaan accord tablet filmomhuld 25mg	Accord healthcare b.v.	15697363	1-1-2021	31-12-2021
EZETIMIB/SIMVASTATINE 10/20MG	Ezetimibe/simvastatine sun tablet 10/20mg	Sun pharmaceutical industries europe bv	16791851	1-1-2021	31-12-2021
EZETIMIB/SIMVASTATINE 10/40MG	Ezetimibe/simvastatine sun tablet 10/40mg	Sun pharmaceutical industries europe bv	16791878	1-1-2021	31-12-2021
EZETIMIBE 10MG	Ezetimibe glenmark tablet 10mg 5)	Glenmark pharmaceuticals europe limited	16644840	1-1-2021	31-12-2021
FEBUXOSTAT 120MG	Febuxostat Xiromed Tablet Filmomhuld 120Mg	Xiromed	16810368	1-1-2021	31-12-2021
FEBUXOSTAT 80MG	Febuxostat Xiromed Tablet Filmomhuld 80Mg	Xiromed	16810341	1-1-2021	31-12-2021
FELODIPINE MGA 10MG	Felodipine aurobindo retard tablet mga 10mg	Aurobindo pharma bv	15811778	1-1-2021	31-12-2021
FELODIPINE MGA 5MG	Felodipine sandoz retard tablet mva 5mg	Sandoz bv	16012437	1-1-2021	31-12-2021
FENTANYL 100UG	Abstral tablet sublinguaal 100mcg	Kyowa Kirin pharma bv	15704580	1-9-2021	31-12-2021

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de behandeling is geen eigen bijdrage verschuldigd.

Artikel 19 Farmaceutische zorg

19.1 Farmaceutische zorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op farmaceutische zorg conform het Besluit en de Regeling zorgverzekering en het Reglement Farmaceutische zorg zoals terug te vinden is op [zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden](https://www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden). Deze zorg omvat levering van geneesmiddelen en advies en begeleiding zoals apothekers, apotheekhoudende huisartsen en overige medisch gespecialiseerde leveranciers (hierna: apotheker) die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen. Deze apothekers staan ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, zoals bedoeld in artikel 61 van de Geneesmiddelenwet.

Hier valt onder:

- de terhandstelling van een geneesmiddel waar een recept voor vereist is en dat daadwerkelijk aan u is afgeleverd;
- de terhandstelling en een begeleidingsgesprek voor een geneesmiddel dat voor u nieuw is en waar een recept voor vereist is. Dit geldt voor een geneesmiddel met dezelfde werkzame stof en toedieningsvorm dat niet eerder aan u ter hand is gesteld, of wanneer dit twaalf maanden of langer geleden voor het laatst aan u ter hand is gesteld;
- terhandstelling door middel van een geïndividualiseerde distributievorm (GDV) indien het voor u noodzakelijk is om uw geneesmiddelen via een geïndividualiseerde distributievorm zoals een medicatierol of weekcassette voor een periode van een of meerdere weken te ontvangen. De apotheker toetst in dit kader of sprake is van noodzakelijke en doelmatige zorg;
- instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een geneesmiddel waar een recept voor vereist is. Maximaal één instructie per hulpmiddel, met uitzondering van geconstateerd foutief gebruik;
- beoordeling van medicatie van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik op basis van medische-, farmaceutische- en patiëntinformatie. U heeft aanspraak op maximaal één beoordeling per jaar, tevens is deze vrijgesteld van uw eigen risico;
- farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek wanneer daadwerkelijk een persoonlijk gesprek over de (gewijzigde) medicatie heeft plaatsgevonden tussen u en de verantwoordelijke zorgverlener;
- farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname en in verband met ontslag uit het ziekenhuis indien er daadwerkelijk een persoonlijk gesprek heeft plaatsgevonden op het moment dat de behandeling in het ziekenhuis aanvangt of direct na stoppen van de behandeling.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

19.2 Geneesmiddelen

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- a. de vergoeding van geregistreerde geneesmiddelen zoals opgenomen in de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en voor zover deze zijn aangewezen door Zorg en Zekerheid;
- b. de vergoeding van merkloze geneesmiddelen. Zodra het patent van het merkgeneesmiddel verloopt komen er vergelijkbare merkloze geneesmiddelen (generieke geneesmiddelen) op de markt. Vanaf dat moment – en dit kan ook gedurende het jaar zijn – heeft u uitsluitend recht op vergoeding van het merkloze geneesmiddel of het aangewezen voorkeursgeneesmiddel. De vergoeding van de voorkeursgeneesmiddelen zoals opgenomen in het Reglement Farmaceutische zorg van Zorg en Zekerheid is beschikbaar op onze website en wordt maandelijks geactualiseerd op [zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden](https://www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden). In bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering zijn groepen van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof opgenomen. De geneesmiddelen binnen deze groepen zijn onderling uitwisselbaar. Bij geneesmiddelen binnen een productcategorie met dezelfde werkzame stof, sterkte en dezelfde toedieningsvorm heeft u alleen recht op die geneesmiddelen die door Zorg en Zekerheid zijn aangewezen. Dit zijn de voorkeursgeneesmiddelen. Voor welke werkzame stoffen voorkeursgeneesmiddelen zijn aangewezen en welke voorkeursgeneesmiddelen dat zijn, vindt u in het Reglement farmaceutische zorg van Zorg en Zekerheid. De meest actuele lijst met voorkeursgeneesmiddelen is beschikbaar op onze website. In de loop van 2021 kan Zorg en Zekerheid één of meer voorkeursgeneesmiddelen aanwijzen of veranderen. Welke voorkeursgeneesmiddelen dit betreft kunt u vinden op [zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden](https://www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden). U heeft uitsluitend aanspraak op deze voorkeursgeneesmiddelen. Andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, sterkte en toedieningsvorm vergoeden wij niet;
- c. bij hoge uitzondering kan het voorkomen dat de behandeling met het generieke (merkloze) middel voor u medisch niet verantwoord is. Dan kunt u in aanmerking komen voor een vergoeding van het

merkgeneesmiddel. Uw arts dient op het recept te vermelden dat er sprake is van “medische noodzaak”. Om dit vast te stellen moet u, mits medisch aanvaardbaar tenminste twee generieke (merkloze) geneesmiddelen, naast het aangewezen voorkeursgeneesmiddel, over een langere periode uitgeprobeerd hebben. Daarbij moet door de apotheker in samenspraak met de arts, aangetoond zijn dat een hulpstof in een of meerdere merkloze geneesmiddelen zodanige effecten heeft dat het medisch niet verantwoord is om deze geneesmiddelen te gebruiken.

Uw arts mag alleen ‘medische noodzaak’ op het recept vermelden als hij deze kan onderbouwen. Indien de apotheker hieraan twijfelt zal hij contact opnemen met uw arts. Deze situatie kan bijvoorbeeld voorkomen wanneer blijkt dat u niet eerder het voorkeursgeneesmiddel heeft gebruikt. Uw apotheker kiest op basis van het voorschrift en de toelichting van uw arts welk geneesmiddel hij aan u meegeeft. Indien er twijfel blijft bestaan over de medische noodzakelijkheid, kan de apotheker ook via het formulier ‘Verzoek tot aanvraag herbeoordeling medische noodzaak’ contact opnemen met Zorg en Zekerheid voor een second opinion;

Voorkeursgeneesmiddelen en eigen risico

Zorg en Zekerheid kan de lijst met voorkeursgeneesmiddelen op ieder moment wijzigen. U kunt de meest recente lijst vinden in het Reglement Farmaceutische zorg op zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden. De voorkeursgeneesmiddelen vallen niet ten laste van uw verplicht en vrijwillig eigen risico. Voor de dienstverlening van de apotheek geldt het eigen risico wel. Dit zijn bijvoorbeeld de kosten voor de terhandstelling van een geneesmiddel en de begeleiding bij het gebruik van nieuwe geneesmiddelen. Gebruikt u vanwege ‘medische noodzaak’ een ander geneesmiddel dan het voorkeursgeneesmiddel of indien het voorkeursgeneesmiddel niet beschikbaar is (‘logistieke noodzaak’ bij bijvoorbeeld geneesmiddelentekorten) dan komen de geneesmiddelen wel ten laste van uw eigen risico.

- d. de vergoeding van geneesmiddelen in overige groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen, die niet onder het voorkeursbeleid vallen. Valt uw geneesmiddel binnen een groep onderling vervangbare geneesmiddelen, waarvoor Zorg en Zekerheid geen voorkeursgeneesmiddel heeft aangewezen? Dan heeft u recht op een maximale vergoeding gebaseerd op de laagste prijs van het merkloze (generieke) geneesmiddel binnen de betreffende geneesmiddelengroep met een bandbreedte van 3%;
- e. de vergoeding van maagzuurremmers en zelfzorggeneesmiddelen bij chronisch gebruik, mits deze zijn opgenomen in de Regeling zorgverzekering en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Deze geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door uw arts. Het recept moet de volgende elementen bevatten:
 - u langer dan zes maanden op het betreffende geneesmiddel bent aangewezen;
 - u het betreffende geneesmiddel voorgeschreven krijgt om een chronische aandoening te behandelen;
 - het betreffende geneesmiddel voor u geen nieuwe medicatie is.
 De eerste vijftien dagen komen de kosten van het gebruik van chronische zelfzorggeneesmiddelen, waarover het gaat in dit artikel, voor uw eigen rekening. Het voorkeursbeleid is ook van toepassing op de vergoeding van deze geneesmiddelengroepen. Dit betekent dat Zorg en Zekerheid voor enkele groepen onderling uitwisselbare zelfzorggeneesmiddelen een voorkeursgeneesmiddel aanwijst. De overige geneesmiddelen binnen dezelfde groep met dezelfde werkzame stof, sterkte en toedieningsvorm worden niet vergoed;
- f. apotheekbereide geneesmiddelen op recept, zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub a van de Geneesmiddelenwet, wanneer er geen gelijkwaardig geregistreerd geneesmiddel is en voor zover het rationele farmacotherapie is. Een apotheekbereiding kan door uw apotheek gemaakt worden of de apotheek bestelt deze bij een andere apotheek. In het laatste geval wordt het een doorgeleverde apotheekbereiding genoemd. Doorgeleverde bereidingen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er geen gelijkwaardig geregistreerd geneesmiddel vergoed wordt uit de basisverzekering en rationele farmacotherapie is vastgesteld. Uw arts en apotheker worden hierover op de hoogte gesteld middels een lijst op www.znformulieren.nl;
- g. doorgeleverde apotheekbereidingen conform lid b van dit artikel en vallend binnen een productcategorie met onderling uitwisselbare apotheekbereidingen. Voor deze groep geldt een maximale vergoeding aan de zorgaanbieder, die is gebaseerd op de laagste prijs zoals vermeld in de openbare apotheekprijslijst, met een bandbreedte van 3% van de laagste prijs. De maximale prijs kan niet hoger zijn dan de bereidingskosten als de apotheek zelf de medicatie maakt;
- h. een geneesmiddel zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, en bereid in Nederland bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning, voor zover het rationele farmacotherapie is;
- i. geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, voor zover het rationele farmacotherapie is, die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar zijn ingevoerd binnen Nederland en bestemd zijn voor de verzekerde die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- j. een geneesmiddel, zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, dat in de handel is in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland is

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;

- k. een geneesmiddel, zoals bedoeld in 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.

Wat zijn de voorwaarden?

- a. tenzij Zorg en Zekerheid anders heeft afgesproken met een apotheker/apotheekhoudend huisarts, dienen de geneesmiddelen te zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige en dienen deze ter hand gesteld te worden door een apotheker of apothekhoudende huisarts;
- b. voor een aantal geneesmiddelen zoals opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering gelden aanvullende voorwaarden en is mogelijk vooraf toestemming van Zorg en Zekerheid nodig. Dit is opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg, de algemene formulieren zijn beschikbaar gesteld op: www.znformulieren.nl. Aan de hand van een ingevulde artsenverklaring door uw voorschrijver, toetst de apotheek direct of u voldoet aan de gestelde voorwaarden. De artsenverklaring dient u tegelijk met het recept in bij de apotheek of kunt u uit privacyoverwegingen rechtstreeks naar Zorg en Zekerheid sturen. Indien vooraf toestemming is vereist zal uw voorschrijver toestemming voor behandeling aan Zorg en Zekerheid vragen;
- c. per voorschrift van een geneesmiddel bestaat slechts aanspraak op farmaceutische zorg voor een periode van:
 - maximaal vijftien dagen of de kleinste handelsverpakking voor een nieuw geneesmiddel;
 - minimaal drie maanden en voor maximaal twaalf maanden indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten (te bepalen door de voorschrijver) die niet meer kosten dan € 1.000,00 inclusief btw per maand. Indien het een geneesmiddel betreft dat is opgenomen in de Opiumwet – benzodiazepinen, hypnotica, anxiolytica – dan bestaat per voorschrift aanspraak voor een periode van maximaal één maand. Dit geldt niet voor geneesmiddelen uit de groep antidepressiva en geneesmiddelen bij ADHD;
 - maximaal één maand indien de kosten per geneesmiddel per maand meer dan € 1.000,00 inclusief btw bedragen of de kleinste handelsverpakking indien de kosten per handelsverpakking meer dan € 1.000,00 inclusief btw bedragen, tenzij anders is overeengekomen met de apotheker. Met uitzondering van verblijf in het buitenland tot maximaal drie maanden of indien sprake is van geneesmiddelen voor de behandeling van HIV;
 - redenen om geneesmiddelen voor een kortere periode te leveren zijn beperkte houdbaarheid van het geneesmiddel of het geneesmiddel is beperkt beschikbaar (bijvoorbeeld bij geneesmiddelentekorten);
 - voor anticonceptiva heeft u alleen de eerste keer een recept nodig. Indien het orale anticonceptiva betreft: levering van maximaal twaalf maanden. Indien u voor de eerste maal orale anticonceptiva gebruikt, is de maximale termijn drie maanden;
 - voor insuline heeft u alleen de eerste keer een recept nodig;
 - bij geneesmiddelengebruik tijdens intensieve zorg thuis (farmaceutische zorg tijdens de palliatieve en terminale fase), geldt in principe een maximale periode van vijftien dagen. Er kan ook in overleg tussen verzekerde, (huis)arts, wijkverpleegkundige en apotheker een maatwerkafpraak worden gemaakt;
 - minimaal één maand voor alle andere gevallen.

Waar heb ik geen recht op?

- a. U heeft geen recht op farmaceutische zorg die geen verzekerde zorg is zoals bedoeld in de Regeling zorgverzekering;
 - voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroepen;
 - advies farmaceutische zelfzorg;
 - advies gebruik receptplichtige geneesmiddelen tijdens reis;
 - advies ziekerisico bij reizen;
 - preventieve reisgeneesmiddelen en reisvaccinaties.
- b. geneesmiddelen voor onderzoek zoals bedoeld in artikel 40, lid 3, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- c. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet door VWS is aangewezen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- d. geneesmiddelen als bedoeld in art 40, lid 3, onder f van de Geneesmiddelenwet;
- e. geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties die bij Regeling zorgverzekering zijn uitgesloten;
- f. de vergoeding van sommige combinatieproducten. Een combinatieproduct bevat meerdere werkzame stoffen in een toedieningsvorm (tablet/inhalator). Dan worden in dit geval alleen de losse geneesmiddelen van de betreffende werkzame stoffen (bijvoorbeeld in aparte tabletten) vergoed. Gedurende het jaar kan Zorg en Zekerheid wijzigingen doorvoeren, deze zijn te vinden op de website op zorgzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

- voor een aantal geneesmiddelen zoals opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering gelden aanvullende voorwaarden en mogelijk een toestemmingsvereiste van de zorgverzekeraar. Deze informatie is te vinden op: zorgzekerheid.nl/geneesmiddelen;
- voor geneesmiddelen die gedurende het jaar worden toegevoegd aan bijlage 2 geldt een toestemmingsvereiste van Zorg en Zekerheid vanwege het stellen van bijkomende voorwaarden. Wanneer geen toestemming nodig is vermelden wij dit op onze website. De bijkomende voorwaarden kunt u terugvinden op zorgzekerheid.nl/geneesmiddelen.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

De minister van VWS bepaalt welke geneesmiddelen worden vergoed volgens de Zorgverzekeringswet en voor welke geneesmiddelen u een eigen bijdrage moet betalen. Daarbij stelt de minister ook de maximale vergoedingsprijs per geneesmiddel vast. Wanneer de prijs van het geneesmiddel hoger is dan deze maximale vergoedingsprijs, moet u het deel van de kosten boven het vastgestelde maximum zelf betalen. Dit deel is uw eigen bijdrage en is gemaximeerd op € 250,00 per kalenderjaar. De kosten van de eigen bijdrage van geneesmiddelen boven dit bedrag worden door Zorg en Zekerheid vergoed. De eigen bijdrage telt niet mee voor het verplicht of vrijwillig eigen risico. Als uw verzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij de eigen bijdrage naar rato van het aantal dagen dat de verzekering in het kalenderjaar loopt.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

19.3 Dieetpreparaten*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op dieetpreparaten (polymere, oligomere, monomere en modulaire) voor medisch gebruik en het daarbij behorende advies en de begeleiding, als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- een stofwisselingsstoornis, voedselallergie of resorptiestoornis heeft;
- jonger dan twee jaar bent, met een koemelkeivitalergie, vastgesteld met een provocatietest;
- een via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde ziekte gerelateerde ondervoeding of een risico daarop heeft;
- op het dieetpreparaat bent aangewezen volgens de richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen in Nederland.

U heeft bij dieetvoeding voor medisch gebruik aanspraak op het volgende:

- de eerste levering met startpakket met daarin – indien dit therapeutisch mogelijk is – meerdere smaken voor maximaal twee weken. Wanneer de verbruiksperiode korter is dan twee weken, wordt de duur van het startpakket daarop aangepast;
- eventuele (automatische) vervolgafliveringen zijn voor maximaal één maand;
- de levering van dieetvoeding vindt plaats per stuk of per kleinste handelsverpakking;
- de aflevering van dieetpreparaten en/of toedieningssystemen inclusief toebehoren vindt plaats op het huisadres van de verzekerde, binnen 24 uur na bestelling.

Wat zijn de voorwaarden?:

- het landelijke ZN-formulier voor dieetpreparaten dient te zijn ingevuld door een diëtist of (huis)arts en de leverancier van de voeding heeft vastgesteld dat aan de voorwaarden is voldaan. De zorgaanbieder kan het landelijke ZN-formulier dieetpreparaten terugvinden op www.znformulieren.nl;
- sondevoeding dient te worden geleverd door een medisch gespecialiseerde leverancier;
- voor de vergoeding van aangepaste zuigelingenvoeding bij koemelkallergie dient de eliminatie-provocatietest uitgevoerd te worden;
- aangepaste zuigelingenvoeding wordt alleen vergoed wanneer het landelijke ZN-formulier dieetpreparaten is ingevuld en de leverancier van de voeding heeft vastgesteld dat aan de voorwaarden is voldaan.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid voor:

- zuigelingenvoeding bij koemelkallergie zonder dat een provocatietest is uitgevoerd;
- zuigelingenvoeding bij koemelkallergie voor kinderen van 2 jaar of ouder;
- zuigelingenvoeding bij koemelkallergie in een hoeveelheid van meer dan 1000 ml per dag;
- de vergoeding van dieetpreparaten na één maand;
- de vergoeding van zuigelingenvoeding na één maand.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Het betreft de kosten van organisatie en bemiddeling door de ANWB Alarmcentrale in verband met de volgende gebeurtenissen:

- ziekte, ongeval en overlijden;
- opname in een ziekenhuis;
- langdurige medische behandeling en meer dan tweemaal poliklinische behandeling door een arts of specialist;
- medisch noodzakelijke repatriëring van de verzekerde naar Nederland;
- toezending van geneesmiddelen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard Gemeente-Top
100%

3.4 Uitsluitingen

Welke kosten worden niet vergoed?

Er bestaat geen recht op vergoeding van geneeskundige en/of tandheelkundige kosten en/of kosten uit uw aanvullende verzekering voor hulpverlening in het buitenland in het geval er sprake is van:

- a. verblijf in een land waarvoor het reisadvies code oranje of code rood van het Ministerie van Buitenlandse Zaken geldt (zie www.nederlandwereldwijd.nl), tenzij u bij code oranje kunt aantonen dat het verblijf noodzakelijk was (en dus in ieder geval geen vakantie betrof) óf het reisadvies is veranderd tijdens uw verblijf en u direct bij de eerste mogelijkheid daartoe, ongeacht de benodigde kosten, terug naar Nederland afreist; ;
- b. kosten die voortvloeien uit skispringen, skivliegen, skijöring, ski-alpinisme, toerskiën, gletsjerskiën, gletsjertochten, bobsleeën, wedstrijdrodelen, skeleton, ijshockey, paraskiën, heliskiën, het onderdeel figuurspringen van freestyleskiën en de voorbereiding tot en deelname aan wintersportwedstrijden (behalve Gästerennen). Indien u een sport gaat beoefenen die hier niet wordt vermeld, verzoeken wij u contact op te nemen met het Team Buitenland (declaraties@zorgenzekerheid.nl);
- c. kosten die voortvloeien uit risicovolle sporten, zoals deltavliegen, parachutespringen, zeilvliegen en dergelijke, vechtsporten, wielervedstrijden, rugby, wildwatervaren, paardenrenwedstrijden, zeezeilen in wedstrijdverband en bergtochten anders dan op begaanbare wegen en paden en sportduiken (zonder brevet of zonder professionele begeleiding);
- d. indien u een sport gaat beoefenen die hier niet wordt vermeld, verzoeken wij u contact op te nemen met het Team Buitenland (declaraties@zorgenzekerheid.nl);
- e. kosten die verband houden met zwangerschap of bevalling na de 31ste week;
- f. kosten die verband houden met alternatieve zorg zowel behandelingen als medicatie;
- g. kosten die verband houden met paramedische zorg met uitzondering van de vooraf gemachtigde behandelingen;
- h. kosten vermeld op nota's die niet in het Nederlands, Frans, Duits of Engels zijn opgesteld. De originele anderstalige nota's moeten op een zodanige wijze zijn opgemaakt en/of vertaald dat zonder verdere navraag kan worden vastgesteld tot welke vergoeding Zorg en Zekerheid is gehouden.

3.5 Zuurstof op vakantie

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor zuurstof op vakantie per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

U heeft reeds een indicatie voor zuurstofgebruik.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard Gemeente-Top
Maximaal € 600,00

Artikel 4 Farmaceutische hulp

4.1 Anticonceptiva

Wat wordt er vergoed?

De kosten voor anticonceptiva (orale geneesmiddelen, hulpmiddelen). Onder deze kosten vallen ook de verrichtingskosten van de huisarts of verloskundige.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de kosten worden vergoed exclusief de eventuele GVS-eigen bijdrage;
- de anticonceptiva moeten worden voorgeschreven door uw (huis)arts en verstrekt worden door een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, zoals bedoeld in artikel 61 van de Geneesmiddelenwet;
- bij de verstrekking door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van 100% van het in de markt gebruikelijke tarief;
- het Reglement Farmaceutische zorg is van kracht. Het reglement is te raadplegen via zorgzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard
Gemeente-Top

100% vanaf 21 jaar (exclusief de GVS-eigen bijdrage)
--

4.2 Maagzuurremmers*Wat wordt er vergoed?*

Maagzuurremmers die niet in de basisverzekering zijn opgenomen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de maagzuurremmers moeten worden voorgeschreven door uw (huis)arts en verstrekt worden door een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, zoals bedoeld in artikel 61 van de Geneesmiddelenwet;
- maagzuurremmers worden vergoed uit de AV, als er sprake is van niet-chronisch gebruik;
- als er sprake is van chronisch gebruik, is er vergoeding voor de eerste vijftien dagen waarin de kosten voor eigen rekening komen;
- het gaat in dit geval alleen om maagzuurremmers die als zodanig geregistreerd staan;
- bij de verstrekking door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van 100% van het in de markt gebruikelijke tarief;
- het voorkeursbeleid en het Reglement Farmaceutische zorg is van kracht. Het reglement is te raadplegen via zorgzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard
Gemeente-Top

100% maximaal € 35,00

Artikel 5 Geboortezorg

Alleen (vrouwelijke) verzekerden kunnen aanspraak maken op de in dit hoofdstuk vermelde vergoedingen of verstrekkingen.

5.1 Kraampakket*Wat wordt er vergoed?*

Verzekerden die zwanger zijn of een baby adopteren, kunnen bij Zorg en Zekerheid een kraampakket aanvragen. Als beide ouders verzekerd zijn bij Zorg en Zekerheid, is er slechts recht op één kraampakket.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

U dient het kraampakket uiterlijk in de 20e week van de zwangerschap aan te vragen via de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn' (telefoonnummer (071) 5 825 555) of zorgzekerheid.nl (zoek op kraamzorg). Het kraampakket kan ook worden aangevraagd bij adoptie als het kind jonger is dan zes maanden.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	Gemeente-Top
---------------------------	---------------------

Standaard kraampakket	Uitgebreid kraampakket
-----------------------	------------------------

Werkzame stof + sterkte	Artikelnaam	Fabrikant	Artikelnummer	Ingangsdatum aanwijzing	Einddatum aanwijzing
EPLERENON 50MG	Inspra tablet 50mg	Pfizer bv	14931583	1-1-2020	31-12-2020
EPOPROSTENOL 1500UG	Veletri infusiepoeder flacon 1,5mg	Actelion pharmaceuticals nederland bv	15917703	1-1-2020	31-12-2020
EPOPROSTENOL 500UG	Veletri infusiepoeder flacon 0,5mg	Actelion pharmaceuticals nederland bv	15917681	1-1-2020	31-12-2020
ESCITALOPRAM 15MG	Escitalopram aurobindo tablet filmomhuld 15mg	Aurobindo pharma bv	16037170	1-1-2020	31-12-2020
ESCITALOPRAM 20MG/ML	Escitalopram focus druppels 20mg/ml	Focus Care Pharmaceuticals B.V.	16026624	1-1-2020	31-12-2020
ESOMEPRAZOL 20MG	Esomeprazol aristo capsule msr 20mg	Prolepha research bv	16193407	1-1-2020	31-12-2020
ESOMEPRAZOL 40MG	Esomeprazol aristo capsule msr 40mg	Prolepha research bv	16193415	1-1-2020	31-12-2020
ESTRADIOL 50UG/24UUR	Estradiol sandoz pleister transderm 50mcg/24uur	Sandoz bv	15195465	1-1-2020	31-12-2020
ETHINYLESTRADIOL/DESOGESTREL 20/150UG	Ethinylestradiol/desogestr myl tablet 0,02/0,15mg	Mylan b.v.	16306317	1-1-2020	31-12-2020
ETHINYLESTRADIOL/DESOGESTREL 30/150UG	Ethinylestradiol/desogestr foc tb omh 0,03/0,15mg	Focus Care Pharmaceuticals B.V.	16414640	1-1-2020	31-12-2020
ETHINYLESTRADIOL/DROSPIRENON 20UG/3MG	Drospirenon/ethinylestr 24+4 xiromed tab omh 3/0,02mg	Xiromed	16746600	1-1-2020	31-12-2020
ETHINYLESTRADIOL/DROSPIRENON 30UG/3MG	Drospirenon/ethinylestradiol aur tabl omh 3/0,03mg	Aurobindo pharma bv	16592514	1-1-2020	31-12-2020
ETHINYLESTRADIOL/LEVONORGESTREL 20/100UG	Ethinylestradiol/levonorg focus tab omh 0,02/0,1mg	Focus Care Pharmaceuticals B.V.	16405056	1-1-2020	31-12-2020
ETHINYLESTRADIOL/LEVONORGESTREL 30/150UG	Levonorgestrel/ethinylestr foc tab omh 0,15/0,03mg	Focus Care Pharmaceuticals B.V.	16785983	1-1-2020	31-12-2020
ETORICOXIB 120MG	Etoricoxib glenmark tablet filmomhuld 120mg	Glenmark pharmaceuticals europe limited	16529987	1-1-2020	31-12-2020
ETORICOXIB 90MG	Etoricoxib glenmark tablet filmomhuld 90mg	Glenmark pharmaceuticals europe limited	16529979	1-1-2020	31-12-2020
EZETIMIB/SIMVASTATINE 10/20MG	Ezetimibe/simvastatine sun tablet 10/20mg	Sun pharmaceutical industries europe bv	16791851	1-1-2020	31-12-2020
EZETIMIB/SIMVASTATINE 10/40MG	Ezetimibe/simvastatine sun tablet 10/40mg	Sun pharmaceutical industries europe bv	16791878	1-1-2020	31-12-2020
EZETIMIB/SIMVASTATINE 10/80MG	Ezetimibe/simvastatine mylan tablet 10/80mg	Mylan b.v.	16744748	1-1-2020	31-12-2020
EZETIMIBE 10MG 4)	Ezetimibe glenmark tablet 10mg 4)	Glenmark pharmaceuticals europe limited	16644840	1-1-2020	31-12-2020
FEBUXOSTAT 120MG	Febuxostat Xiromed Tablet Filmomhuld 120Mg	Xiromed	16810368	1-2-2020	31-12-2020
FEBUXOSTAT 80MG	Febuxostat Xiromed Tablet Filmomhuld 80Mg	Xiromed	16810341	1-2-2020	31-12-2020
FELODIPINE MGA 10MG	Felodipine aurobindo retard tablet mga 10mg	Aurobindo pharma bv	15811778	1-1-2020	31-12-2020

Artikel 19 Farmaceutische zorg

19.1 Farmaceutische zorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op farmaceutische zorg conform het Besluit en de Regeling zorgverzekering en het Reglement Farmaceutische zorg zoals terug te vinden is op zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden. Deze zorg omvat levering van geneesmiddelen en advies en begeleiding zoals apothekers, apotheekhoudende huisartsen en overige medisch gespecialiseerde leveranciers (hierna: apotheker) die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen. Hier valt onder:

- de terhandstelling van een geneesmiddel waar een recept voor vereist is;
- de terhandstelling en een begeleidingsgesprek voor een geneesmiddel dat voor u nieuw is en waar een recept voor vereist is;
- instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een geneesmiddel waar een recept voor vereist is. Maximaal één instructie per hulpmiddel, met uitzondering van geconstateerd foutief gebruik;
- beoordeling van medicatie van chronisch recept plichtig geneesmiddelengebruik. Maximaal één beoordeling per jaar;
- uitgifte in een geïndividualiseerde week doseerverpakking (baxter levering) indien er een geldige medische indicatie is van de voorschrijver. De apotheker toetst in dit kader of er sprake is van noodzakelijke en doelmatige zorg;
- farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek;
- farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname en in verband met ontslag uit het ziekenhuis. Beide maximaal één keer.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

19.2 Geneesmiddelen

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- a. de levering van de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover aangewezen door Zorg en Zekerheid. Maakt u gebruik van een ander middel dan het aangewezen geneesmiddel, dan vergoeden wij dit niet, tenzij uw voorschrijvend arts kan onderbouwen dat het medisch onverantwoord is om het aangewezen geneesmiddel te gebruiken. Het gaat hier om een hoge uitzondering. Voor praktisch gebruik is dit vertaald als 'medische noodzaak' en zal door de arts 'm.n.' op het recept vermeld worden.

U hebt uitsluitend recht op het merkmiddel als de behandeling met het generieke middel voor u medisch niet verantwoord is. Om dit vast te stellen moet u mits medisch aanvaardbaar tenminste twee merkloze geneesmiddelen, indien van toepassing, over een langere periode uitgeprobeerd hebben en daarbij moet door de arts, vaak in overleg met de apotheker, aangetoond zijn dat een hulpstof in een of meerdere merkloze geneesmiddelen zodanige effecten heeft dat het medisch niet verantwoord is om deze geneesmiddelen te gebruiken.

Als arts en apotheker geen eenduidige beslissing (kunnen) nemen over het medisch onverantwoord gebruik dan kunnen arts of apotheker dit voorleggen aan Zorg en Zekerheid. Op basis van dit oordeel wordt door Zorg en Zekerheid bepaald of u aanspraak hebt op vergoeding van de kosten van een ander geneesmiddel dan het voorkeursgeneesmiddel.

- b. in het Reglement Farmaceutische zorg van Zorg en Zekerheid vindt u een lijst met voorkeursgeneesmiddelen die Zorg en Zekerheid voor vergoeding heeft aangewezen. Deze zijn afkomstig uit bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Binnen de betreffende productcategorie van onderling uitwisselbare geneesmiddelen (op werkzame stof, sterkte en vergelijkbare toedieningsvorm) heeft Zorg en Zekerheid één geneesmiddel aangewezen, het voorkeursgeneesmiddel, dat voor vergoeding in aanmerking komt. U hebt uitsluitend aanspraak op deze voorkeursgeneesmiddelen.

Wij kunnen de lijst met voorkeursgeneesmiddelen op ieder moment wijzigen. U kunt de meest recente lijst vinden in het Reglement Farmaceutische zorg op zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden. De voorkeursgeneesmiddelen vallen niet ten laste van uw verplichte en vrijwillige eigen risico. De kosten voor de terhandstelling komen wel ten laste van uw eigen risico.

Voor de levering van geneesmiddelen uit de overige productcategorieën met onderling uitwisselbare geneesmiddelen (generieke geneesmiddelen), waar het voorkeursbeleid niet van toepassing is, geldt een

- maximale vergoeding gebaseerd op de laagste prijs met een bandbreedte van 3% aan de zorgaanbieder (het laagste prijsbeleid). Indien van toepassing geldt dit ook voor geneesmiddelen die met een verklaring medische noodzaak worden geleverd. Spécialité geneesmiddelen vallen niet onder het laagste prijsbeleid. Uitsluitend de voorkeursgeneesmiddelen zijn vrijgesteld van het verplicht en vrijwillig eigen risico;
- c. apotheekbereide geneesmiddelen op recept wanneer er geen gelijkwaardig geregistreerd geneesmiddel is zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub a van de Geneesmiddelenwet, en voor zover het rationele farmacotherapie is. Een apotheekbereiding kan door uw apotheek gemaakt worden of de apotheek besteld deze bij een andere apotheek. In het laatste geval worden het een doorgeleverde apotheekbereiding genoemd. Doorgeleverde bereidingen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er geen gelijkwaardig geregistreerd geneesmiddel vergoed wordt uit de basisverzekering en rationele farmacotherapie is vastgesteld. Uw arts en apotheker worden hierover op de hoogte gesteld. De lijst kunt u ook vinden op zorgenzekerheid.nl/geneesmiddelen;
 - d. doorgeleverde apotheekbereidingen conform lid b van dit artikel en vallend binnen een productcategorie met onderlinge uitwisselbare apotheekbereidingen. Voor deze groep geldt een maximale vergoeding aan de zorgaanbieder, welke is gebaseerd op de laagste prijs zoals vermeld in de openbare apotheekprijslijst, met een bandbreedte van 3% van de laagste prijs;
 - e. een geneesmiddel zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, en bereid in Nederland bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning, voor zover het rationele farmacotherapie is;
 - f. geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, voor zover het rationele farmacotherapie is, die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar zijn ingevoerd binnen Nederland en bestemd zijn voor de verzekerde die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners;
 - g. een geneesmiddel, zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, dat in de handel is in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland is 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;
 - h. een geneesmiddel, zoals bedoeld in 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.

Wat zijn de voorwaarden?

- a. tenzij anders afgesproken met een apotheker/apotheekhoudend huisarts door Zorg en Zekerheid, dienen geneesmiddelen te zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige en dienen ter hand gesteld te worden door een apotheker/apotheekhoudende huisarts;
- b. voor een aantal geneesmiddelen zoals opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering gelden aanvullende voorwaarden en mogelijk een toestemmingsvereiste. Dit is te vinden op: www.znformulieren.nl. Aan de hand van een ingevulde artsverklaring door uw voorschrijver, toetst de apotheek direct of u voldoet aan de gestelde voorwaarden. De artsverklaring dient u tegelijk met het recept in bij de apotheek of kunt u uit privacyoverwegingen rechtstreeks naar Zorg en Zekerheid sturen;
- c. voor vergoeding van Totale Parenterale Voeding (TPV) bestaat alleen recht op vergoeding als het wordt geleverd door een medisch gespecialiseerde leverancier en er vooraf toestemming is afgegeven door Zorg en Zekerheid;
- d. per voorschrift van een geneesmiddel bestaat slechts aanspraak op farmaceutische zorg voor een periode van:
 - maximaal dertig dagen indien het voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
 - maximaal vijftien dagen indien het een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie betreft;
 - maximaal één maand indien de kosten per geneesmiddel per maand meer dan € 1.000,00 inclusief BTW bedragen of de kleinste handelsverpakking indien de kosten per handelsverpakking meer dan € 1.000,00 inclusief BTW bedragen, tenzij anders is overeengekomen met de apotheker. Met uitzondering van verblijf in het buitenland tot maximaal drie maanden of indien sprake is van geneesmiddelen voor de behandeling van HIV;
 - minimaal drie maanden en voor maximaal twaalf maanden indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten (te bepalen door de voorschrijver) die niet meer kosten dan € 1.000,00 inclusief BTW per maand. Indien het benzodiazepinen, hypnotica, anxiolytica betreft, dan bestaat per voorschrift aanspraak voor een periode van maximaal één maand;
 - maximaal twaalf maanden indien het orale anticonceptiva betreft. Indien u voor de eerste maal orale anticonceptiva gebruikt, is de maximale termijn drie maanden;
 - maximaal één maand in overige gevallen.
- e. voor insuline en de anticonceptiepil is alleen bij de eerste levering een recept nodig.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- farmaceutische zorg die geen verzekerde zorg is zoals bedoeld in de Regeling zorgverzekering;
- voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroepen;
- advies farmaceutische zelfzorg;
- advies gebruik receptplichtige geneesmiddelen tijdens reis;
- advies ziekterisico bij reizen;
- preventieve reisgeneesmiddelen en reïsvaccinaties;
- geneesmiddelen voor onderzoek zoals bedoeld in artikel 40, lid 3, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet door VWS is aangewezen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- geneesmiddelen als bedoeld in art 40, lid 3, onder f van de Geneesmiddelenwet.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

- voor een aantal geneesmiddelen zoals opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering gelden aanvullende voorwaarden en mogelijk een toestemmingsvereiste van de zorgverzekeraar. Deze informatie is te vinden op: zorgzekerheid.nl/geneesmiddelen;
- voor geneesmiddelen die gedurende het jaar worden toegevoegd aan bijlage 2 geldt een toestemmingsvereiste van Zorg en Zekerheid vanwege het stellen van bijkomende voorwaarden. Wanneer geen toestemming nodig is vermelden wij dit op onze website. De bijkomende voorwaarden kunt u terugvinden op zorgzekerheid.nl/geneesmiddelen.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor sommige geneesmiddelen betaalt u een wettelijke eigen bijdrage. Deze is gemaximeerd op €250,00 per kalenderjaar. De kosten van de eigen bijdrage van geneesmiddelen boven dit bedrag worden door Zorg en Zekerheid vergoed. De eigen bijdrage telt niet mee voor het verplicht of vrijwillig eigen risico. Als uw verzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij de eigen bijdrage naar rato van het aantal dagen dat de verzekering in het kalenderjaar loopt. De overheid bepaalt welke geneesmiddelen ten laste van uw zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Daarbij stelt de overheid ook de maximale vergoedingsprijs per geneesmiddel vast. Wanneer de prijs van het geneesmiddel hoger is dan deze maximale vergoedingsprijs, moet u het deel van de kosten boven het vastgestelde maximum zelf betalen.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

19.3 Dieetpreparaten*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op dieetpreparaten (polymere, oligomere, monomere en modulaire) en het daarbij behorende advies en de begeleiding, als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- een stofwisselingsstoornis, voedselallergie of resorptiestoornis hebt;
- jonger dan twee jaar bent, met een koemelkeiwitallergie, vastgesteld met een provocatietest;
- een via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde ziekte gerelateerde ondervoeding of een risico daarop heeft;
- op het dieetpreparaat bent aangewezen volgens de richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen in Nederland.

U heeft bij dieetvoeding voor medisch gebruik aanspraak op het volgende:

- de eerste levering (waaronder een smaakpakket) is voor maximaal één maand;
- eventuele (automatische) vervolgalleveringen zijn voor maximaal één maand;
- de levering van dieetvoeding vindt plaats per stuk of per kleinste handelsverpakking;
- de aflevering van dieetpreparaten en/of toedieningssystemen inclusief toebehoren vindt plaats op het huisadres van de verzekerde, binnen 24 uur na bestelling.

Wat zijn de voorwaarden?

- sondevoeding dient te worden geleverd door een medisch gespecialiseerde leverancier;
- het landelijke ZN-formulier voor dieetpreparaten dient te zijn ingevuld door een diëtist of arts en de leverancier van de voeding heeft vastgesteld dat aan de voorwaarden is voldaan;
- bij het eerste voorschrift bedraagt het gebruik van dieetpreparaten maximaal een periode van één maand;
- voor de vergoeding van aangepaste zuigelingenvoeding bij koemelkallergie dient de eliminatie-provocatietest uitgevoerd te worden;
- aangepaste zuigelingenvoeding wordt alleen vergoed wanneer het landelijke ZN-formulier dieetpreparaten is ingevuld en de leverancier van de voeding heeft vastgesteld dat aan de voorwaarden is voldaan.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid voor:

- de vergoeding van dieetpreparaten na één maand;
- de vergoeding van zuigelingenvoeding na één maand.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 20 Hulpmiddelen

De omvang van de aanspraak of vergoeding wordt bepaald door de verzekeringsovereenkomst en het door Zorg en Zekerheid nader vastgestelde Reglement Hulpmiddelen. Daar waar Zorg en Zekerheid dit heeft aangegeven in het Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld die zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen. Het Reglement Hulpmiddelen is te raadplegen via zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verstrekking van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Wat zijn de voorwaarden?

- het hulpmiddel moet noodzakelijk, doelmatig, niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn, één en ander ter beoordeling van Zorg en Zekerheid;
- aanspraak op verstrekking van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen;
- het hulpmiddel moet voorgeschreven zijn door de behandelend arts;
- voor verbandmiddelen moet samen met de eerste nota een medische noodzakelijkheidsverklaring van de huisarts of medisch specialist worden ingediend.

Waar heb ik geen recht op?

- de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de ministeriële regeling en/of het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen;
- hulpmiddelen en verbandmiddelen die voorgeschreven worden aan een verzekerde die behandeld wordt in een Wlz-instelling waar hij verblijft en die worden geacht noodzakelijk te zijn voor de zorg die deze instelling verleent.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 21 Ziekenvervoer

21.1 Algemene bepaling

Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden:

- vervoer per ambulance, hiervan is sprake bij medisch noodzakelijk vervoer per ambulance;
- zittend ziekenvervoer, hiervan is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of (eigen) auto.

21.2 Ambulancevervoer

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijk ambulancevervoer over een afstand van ten hoogste 200 kilometer tenzij Zorg en Zekerheid schriftelijke toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

Wat zijn de voorwaarden?

Het betreft ziekenvervoer:

- a. naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
- b. naar een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz zal gaan verblijven;
- c. naar een zorgverlener bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan 18 jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;

3.4 Uitsluitingen

Welke kosten worden niet vergoed?

Er bestaat geen recht op vergoeding van geneeskundige en/of tandheelkundige kosten en/of kosten uit uw aanvullende verzekering voor hulpverlening in het buitenland in het geval er sprake is van:

- verblijf in een land waarvoor een negatief reisadvies geldt van het Ministerie van Buitenlandse Zaken (zie www.minbuza.nl) of de ANVR;
- kosten die voortvloeien uit skispringen, skivliegen, skijöring, ski-alpinisme, tourskiën, gletsjerskiën, gletsjertochten, bobsleeën, wedstrijdrodelen, skeleton, ijshockey, paraskiën, heliskiën, het onderdeel figuurspringen van freestyleskiën en de voorbereiding tot en deelname aan wintersportwedstrijden (behalve Gästerennen). Indien u een sport gaat beoefenen die hier niet wordt vermeld, verzoeken wij u contact op te nemen met het Team Buitenland (declaraties@zorgenzekerheid.nl);
- kosten die voortvloeien uit risicovolle sporten, zoals deltavliegen, parachutespringen, zeilvliegen en dergelijke, vechtsporten, wielervedstrijden, rugby, wildwatervaren, paardenrenwedstrijden, zeezeilen in wedstrijdverband en bergtochten anders dan op begaanbare wegen en paden, sportduiken (zonder brevet of zonder professionele begeleiding);
- indien u een sport gaat beoefenen die hier niet wordt vermeld, verzoeken wij u contact op te nemen met het Team Buitenland (declaraties@zorgenzekerheid.nl);
- kosten die verband houden met zwangerschap of bevalling na de 31ste week;
- kosten die verband houden met alternatieve zorg zowel behandelingen als medicatie;
- kosten die verband houden met paramedische zorg met uitzondering van de vooraf gemachtigde behandelingen;
- kosten vermeld op nota's die niet in het Nederlands, Frans, Duits of Engels zijn opgesteld. De originele anderstalige nota's moeten op een zodanige wijze zijn opgemaakt en/of vertaald dat zonder verdere navraag kan worden vastgesteld tot welke vergoeding Zorg en Zekerheid is gehouden.

3.5 Zuurstof op vakantie

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor zuurstof op vakantie per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

U heeft reeds een indicatie voor zuurstofgebruik.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard Gemeente-Top
--

Maximaal € 600,00

Artikel 4 Farmaceutische hulp

4.1 Anticonceptiva

Wat wordt er vergoed?

De kosten voor anticonceptiva (orale geneesmiddelen, hulpmiddelen). Onder deze kosten vallen ook de verrichtingskosten van de huisarts of verloskundige.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de kosten worden vergoed exclusief de eventuele GVS-eigen bijdrage;
- de anticonceptiva moeten worden voorgeschreven door uw (huis)arts en verstrekt worden door een gecontracteerde apotheker;
- bij de verstrekking door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van 100% van het in de markt gebruikelijke tarief;
- het Reglement Farmaceutische zorg is van kracht. Het reglement is te raadplegen via zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard Gemeente-Top
--

100% vanaf 21 jaar (exclusief de GVS-eigen bijdrage)
--

4.2 Maagzuurremmers

Wat wordt er vergoed?

Maagzuurremmers die niet in de basisverzekering zijn opgenomen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de maagzuurremmers moeten worden voorgeschreven door uw (huis)arts en verstrekt worden door een gecontracteerde apotheker;
- maagzuurremmers worden vergoed uit de AV, als er sprake is van niet-chronisch gebruik;
- als er sprake is van chronisch gebruik, is er vergoeding voor de eerste vijftien dagen waarin de kosten voor eigen rekening komen;
- het gaat in dit geval alleen om maagzuurremmers die als zodanig geregistreerd staan;
- bij de verstrekking door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van 100% van het in de markt gebruikelijke tarief;
- het voorkeursbeleid en het Reglement Farmaceutische zorg is van kracht. Het reglement is te raadplegen via zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard
Gemeente-Top

100% maximaal € 35,00

Artikel 5 Geboortezorg

Alleen (vrouwelijke) verzekerden kunnen aanspraak maken op de in dit hoofdstuk vermelde vergoedingen of verstrekkingen.

5.1 Kraampakket

Wat wordt er vergoed?

Verzekerden die zwanger zijn of een baby adopteren, kunnen bij Zorg en Zekerheid een kraampakket aanvragen. Als beide ouders verzekerd zijn bij Zorg en Zekerheid, is er slechts recht op één kraampakket.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

U dient het kraampakket uiterlijk in de 20e week van de zwangerschap aan te vragen via de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn' (telefoonnummer (071) 5 825 555) of zorgenzekerheid.nl (zoek op kraamzorg). Het kraampakket kan ook worden aangevraagd bij adoptie als het kind jonger is dan zes maanden.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard	Gemeente-Top
--------------------	--------------

Standaard kraampakket	Uitgebreid kraampakket
-----------------------	------------------------

5.2 Vergoeding van de eigen bijdrage voor verloskundige hulp en kraamzorg

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van uw eigen bijdrage die u op grond van de basisverzekering moet betalen per bevalling.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De eigen bijdrage moet betrekking hebben op de kosten van de poliklinische bevalling zonder medische indicatie of op de kosten van de kraamzorg.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Gemeente-Standaard
Gemeente-Top

100% tot maximaal € 255,00

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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 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.
4. In bijlage 3, onderdelen A en B, bij deze regeling worden genoemd de geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een beslissing als bedoeld in artikel 2.50, vijfde lid, niet zijn aangewezen, geregistreerde geneesmiddelen ten aanzien waarvan het voornemen tot aanwijzing als bedoeld in artikel 2.50, achtste lid, niet is uitgevoerd en geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een wijziging van bijlage 1 niet meer zijn aangewezen.
5. Farmaceutische zorg, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel b, onder 1°, van het Besluit zorgverzekering, omvat geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan:
 - a. een geregistreerd UR-geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet waarover blijkens bijlage 1 en 3 bij deze regeling geen besluit over de aanwijzing, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering, is genomen;
 - b. een in bijlage 3, onderdeel A, bij deze regeling genoemd niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet, mits aan daarbij vermelde criteria wordt voldaan.