

Reglement Farmaceutische Zorg 2017

Ingangsdatum 1 januari 2017

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. inclusief Pro Life en ZieZo
Interpolis Zorgverzekeringen N.V.
OZF Zorgverzekeringen N.V.
FBTO Zorgverzekeringen N.V.
Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Inhoudsopgave

Begrippenlijst	3
Artikel 1 Over het reglement	4
1.1 Waarom een reglement?	4
1.2 Hoe is het reglement tot stand gekomen?	4
1.3 Van toepassing op de volgende Zorgverzekeraars	4
Artikel 2 Rechten van de verzekerde	5
Artikel 3 Leveranciers van farmaceutische zorg	5
3.1 Soorten contracten met leveranciers farmaceutische zorg	5
3.2 Deze voorwaarden voor uw vergoeding gelden altijd	5
3.3 IDEA-contract: de apotheek bepaalt het geneesmiddelmerk	5
3.4 Contract met preferentiebeleid: wij bepalen het geneesmiddelmerk	5
3.5 Geen contract	5
Artikel 4 Vergoedingsregels voor geregistreerde geneesmiddelen	6
4.1 Vergoeding volgens wettelijk systeem	6
4.2 Onderling vervangbare geneesmiddelen	6
4.3 Niet-onderling vervangbare geneesmiddelen	7
4.4 Geneesmiddelen waaraan aanvullende voorwaarden voor vergoeding zijn gesteld	7
Artikel 5 Niet-geregistreerde geneesmiddelen	8
Artikel 6 Dieetpreparaten	9
Artikel 7 (deel)Prestaties	9
7.1 Terhandstelling van en begeleidingsgesprek bij een geneesmiddel	9
7.2 Deelprestatie 'weekeerhandstelling'	9
7.3 Instructie patiënt UR (Uitsluitend Recept)-geneesmiddel-gerelateerd hulpmiddel	9
7.4 Medicatiebeoordeling chronisch gebruik van UR (uitsluitend recept) receptgeneesmiddelen	10
7.5 Farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek	10
7.6 Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname	10
7.7 Farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis	11
7.8 Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroepen	11
7.9 Advies farmaceutische zelfzorg	11
7.10 Gebruik receptgeneesmiddelen tijdens reizen	11
7.11 Advies ziekterisico bij reizen	11
7.12 Onderlinge dienstverlening tussen zorgverleners	11
Artikel 8 Farmaceutische zorg die niet voor vergoeding in aanmerking komt	11
Artikel 9 Maximale vergoedingsperiode en afleverhoeveelheden	12
9.1 Standaard vergoedingsperiode en afleverhoeveelheden	12
9.2 Afleveringen tijdens langdurig verblijf in het buitenland (vakantieregeling)	12

Apotheek

Onder apotheek verstaan wij apotheekhoudende huisartsen of (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken en poliklinische apotheken.

Besluit

Het Besluit zorgverzekering, zoals gepubliceerd in het Staatsblad 2005, 389, inclusief latere wijzigingen.

Contract met preferentiebeleid

Hieronder verstaan wij een overeenkomst tussen ons en de apotheek, waarin specifieke afspraken zijn gemaakt over het preferentiebeleid en/of de levering en betaling van farmaceutische zorg.

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- a) de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten; en/of
- b) advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, een en ander rekening houdend met het Reglement Farmaceutische Zorg dat wij hebben vastgesteld.

IDEA-contract

IDEA staat voor Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apotheken. Dit is de overeenkomst tussen ons en een apotheek, waarin specifieke afspraken over de farmaceutische zorg zijn gemaakt.

Medische noodzaak

Bij identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen vergoeden wij alleen de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen, of bij een IDEA-contract het geneesmiddel dat de apotheek heeft aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op vergoeding van een niet-aangewezen geneesmiddel. Er is sprake van medische noodzaak, als het voor u medisch onverantwoord is wanneer u behandeld wordt met het voorkeursmiddel. Dat kan in uitzonderlijke gevallen voorkomen wanneer de samenstelling, dosering of toedieningsvorm van een geneesmiddel zo bijzonder is, dat er voor u maar één bepaald (merk) geneesmiddel in aanmerking komt. Op het moment dat de (huis)arts het niet medisch noodzakelijk acht, komt u niet in aanmerking voor vergoeding van dit middel. Als de apotheek twijfelt over de medische noodzaak, zal de apotheek dit afstemmen met de voorschrijver van het geneesmiddel. De (huis)arts mag alleen medische noodzaak op het recept noteren, als het medisch onverantwoord is, wanneer u behandeld wordt met het voorkeursmiddel.

Medisch gespecialiseerde leverancier

Leverancier van medische producten, bijvoorbeeld van dieetpreparaten en/of andere medische hulpmiddelen.

Preferente geneesmiddelen

De door ons, binnen een groep identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen, aangewezen voorkeursmiddelen.

Regeling

De Regeling zorgverzekering, zoals gepubliceerd in de Staatscourant 2005, 171, inclusief latere wijzigingen.

Voorschrijver

Diegene die bevoegd is om farmaceutische zorg voor te schrijven.

Wij/ons

Uw Zorgverzekeraar.

Artikel 1 Over het reglement

1.1 Waarom een reglement?

Het Reglement Farmaceutische Zorg 2017 is een uitwerking van het artikel Farmaceutische Zorg uit uw verzekeringsovereenkomst. Bij deze verzekeringsovereenkomst horen polisvoorwaarden. Daarin staat waarop u recht heeft, maar niet altijd tot in detail. Soms zijn uw rechten zo omvangrijk, dat het ondoenlijk is om deze in de polisvoorwaarden zelf op te nemen. In de voorwaarden wordt dan verwezen naar een reglement. Zo ook bij farmaceutische zorg.

In dit reglement leest u welke contracten wij hebben gesloten voor het leveren van farmaceutische zorg. Ook vindt u informatie over de groepen geneesmiddelen en dieetpreparaten die we onderscheiden, en welk deel van de kosten wij vergoeden en onder welke voorwaarden.

1.2 Hoe is het reglement tot stand gekomen?

U heeft recht op de farmaceutische zorg die in de verzekeringsovereenkomst is opgenomen. Welke farmaceutische zorg dat is, vindt u in:

- a de Zorgverzekeringswet, zoals gepubliceerd in het Staatsblad 2005, 358, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'de zorgverzekeringswet');
- b het Besluit zorgverzekering, zoals gepubliceerd in het Staatsblad 2005, 389, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'het besluit');
- c de Regeling zorgverzekering, zoals gepubliceerd in de Staatscourant 2005, 171, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'de regeling');
- d de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
- e interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten').

Samen vormen de wet, het besluit en de regeling het wettelijk kader waarop dit reglement gebaseerd is. De inhoud van het besluit en de regeling is dus van toepassing op dit reglement. In de regeling staan bijvoorbeeld de indicatiecriteria. U heeft aanspraak op en/of recht op vergoeding van farmaceutische zorg indien u voldoet aan deze criteria. De meest recente versie van het besluit en de regeling vindt u op wetten.overheid.nl. Wijzigt in het jaar iets in deze wettelijke aanspraken of vergoedingen? Dan gelden deze wijzigingen voor u vanaf de datum waarop de wijziging ingaat.

Het besluit laat het aan de zorgverzekeraar over om nadere voorwaarden vast te stellen voor de toegang tot farmaceutische zorg. Bijvoorbeeld wie de voorschrijver moet zijn en of er toestemming vooraf noodzakelijk is. Wij hebben deze nadere voorwaarden vastgesteld in dit reglement.

1.3 Van toepassing op de volgende Zorgverzekeraars

Het Reglement Farmaceutische Zorg is voor u van toepassing, als u een verzekeringsovereenkomst heeft bij:

- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): Basis Zeker, Basis Exclusief, Basis Budget, ZieZo Basis en ZieZo Selectief;
- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), onder de naam Pro Life: Principe Polis en Principe Polis Restitutie;
- Zilveren Kruis Ziektekostenverzekering N.V. (statutair gevestigd te Amersfoort);
- Interpolis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): Interpolis Basisverzekering;
- OZF Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): Zorgpolis;
- FBTO Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Leeuwarden): FBTO Zorg basisverzekering naturapolis en FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis;
- Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): ZorgPlan Restitutie, ZorgPlan Natura en ZorgPlan Selectief;
- Volmachten van Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), die onder naam en voor rekening van Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), basisverzekeringen uitvoeren. Dat zijn: Careasco/Nedasco B.V. (statutair gevestigd te Amersfoort), IAK Volmacht B.V. (statutair gevestigd te Eindhoven) en Aevitae B.V. (statutair gevestigd te Heerlen).
- Volmachten van Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Zeist), handelend onder de handelsnaam Avéro Achmea, die onder naam en voor rekening van Avéro Achmea aanvullende verzekeringen uitvoeren. Dat zijn: Careasco/Nedasco B.V. (statutair gevestigd te Amersfoort), IAK Volmacht B.V. (statutair gevestigd te Eindhoven) en Aevitae B.V. (statutair gevestigd te Heerlen);
- Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Zeist).

Hierna te noemen: uw Zorgverzekeraar.

Artikel 2 Rechten van de verzekerde

Heeft u één van de verzekeringen afgesloten die staat in artikel 1.3 van dit reglement? Dan heeft u aanspraak op en/of recht op vergoeding van farmaceutische zorg volgens dit reglement en met inachtneming van wat in uw polisvoorwaarden is bepaald.

Artikel 3 Leveranciers van farmaceutische zorg

3.1 Soorten contracten met leveranciers farmaceutische zorg

Om farmaceutische zorg te kunnen leveren aan verzekerden, sluiten wij contracten af met apotheken. Er zijn 2 soorten contracten: IDEA-contracten en contracten met preferentiebeleid. Behalve met apotheken sluiten wij ook contracten af met andere medisch gespecialiseerde leveranciers om dieetpreparaten te leveren. Het kan voorkomen dat wij geen contract hebben afgesloten met een apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier. Dit kan gevolgen hebben voor uw vergoeding. Dit leest u in artikel 3.5.

3.2 Deze voorwaarden voor uw vergoeding gelden altijd

Of wij nu wel of geen contract hebben met een apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier, de volgende regels gelden altijd:

- 1 als er van een geneesmiddel meerdere identieke, onderling vervangbare varianten beschikbaar zijn en er geen medische noodzaak is om het originele geneesmiddel of de andere afgeleide generieken hiervan te gebruiken, moet u dit geneesmiddel zelf betalen. Wij vergoeden de nota's die hierop betrekking hebben niet.
- 2 u heeft aanspraak op vergoeding van het geneesmiddel en/of dieetpreparaat tot de vergoedingslimiet (zie ook artikel 4.1) en uitsluitend als aan eventuele aanvullende vergoedingsvoorwaarden is voldaan.
- 3 de geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegd verpleegkundige.
- 4 dieetpreparaten voor de behandeling van (het risico op) ondervoeding moeten zijn voorgeschreven door een diëtist, medisch specialist of jeugdarts.

3.3 IDEA-contract: de apotheek bepaalt het geneesmiddelmerk

Onder de contractvorm IDEA (Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apothekers) geldt het volgende:

- 1 de apotheek levert u de farmaceutische zorg waarop u aanspraak heeft, op basis van uw polisvoorwaarden.
- 2 als er van een geneesmiddel meerdere identieke, onderling vervangbare varianten beschikbaar zijn en er geen medische noodzaak is om het originele geneesmiddel te gebruiken, moet u, indien u uitsluitend dit originele middel wilt gebruiken, dit geneesmiddel zelf betalen. Wij vergoeden de nota's die hierop betrekking hebben niet.
- 3 wij spreken geen voorkeursmiddel of -merk af met de apotheek. Wij vergoeden het geneesmiddelmerk dat de apotheek heeft bepaald conform de afspraken in het IDEA-contract.
- 4 de apotheek declareert de geleverde farmaceutische zorg rechtstreeks bij ons.

3.4 Contract met preferentiebeleid: wij bepalen het geneesmiddelmerk

Voor deze contractvorm geldt het volgende:

- a de apotheek levert u de farmaceutische zorg waarop u aanspraak heeft, op basis van uw polisvoorwaarden.
- b als er van een geneesmiddel meerdere identieke, onderling vervangbare varianten beschikbaar zijn en er geen medische noodzaak is om het originele geneesmiddel of de andere afgeleide generieken hiervan te gebruiken, dan mag de apotheek uitsluitend het geneesmiddel leveren dat wij als voorkeursmiddel hebben aangewezen. U heeft in dat geval alleen aanspraak op vergoeding van het preferente geneesmiddel dat wij hebben aangewezen (zie artikel 4.2).
- c de apotheek declareert de geleverde farmaceutische zorg rechtstreeks bij ons.

3.5 Geen contract

Met sommige apotheken en medisch gespecialiseerde leveranciers hebben wij geen afspraken gemaakt over de farmaceutische zorg die zij mogen leveren. Neemt u bij een niet-gecontracteerde apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier farmaceutische zorg af? Dan geldt het volgende:

- a u moet de kosten voor de geleverde zorg eerst zelf aan de apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier betalen.
- b u dient de nota bij ons in.
- c dient u een nota in voor een niet-preferent geneesmiddel? Dan heeft u uitsluitend aanspraak op vergoeding van een ander merk dan het voorkeursmiddel, als het medisch onverantwoord is u met het voorkeursmiddel te behandelen. U moet hiervoor een kopie van het recept of een verklaring van de huisarts meesturen. Daaruit moet blijken dat dit middel aan u is voorgeschreven uit medische noodzaak (zie ook artikel 3.2, onder 1).

Voor de hoogte van de vergoeding geldt het volgende:

- a Voor de polissen Basis Exclusief (Zilveren Kruis), Principe Polis Restitutie (Pro Life), ZorgPlan Restitutie (Avéro) en FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis (FBTO) geldt dat u recht heeft op een vergoeding van:
 - farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten): tot maximaal 100% van het in Nederland geldende marktconforme bedrag;
 - prestaties (dienstverlening, zie voor de omschrijving hoofdstuk 7): tot maximaal het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).
- b voor de polissen, Basis Zeker, Basis Budget, ZieZo Basis en ZieZo Selectief (Zilveren Kruis), Principe Polis (Pro Life), Zorgpolis (OZF), ZorgPlan Natura en ZorgPlan Selectief (Avéro), FBTO Zorg basisverzekering naturapolis (FBTO) en Interpolis Basisverzekering geldt dat u recht heeft op een vergoeding van:
 - farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten): tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners);
 - prestaties (dienstverlening, zie voor de omschrijving hoofdstuk 7): tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Let op! Naast de lagere vergoeding (of geen vergoeding in het geval van levering niet-preferent geneesmiddel zonder medische noodzaak) waar u recht op heeft bij een niet-gecontracteerde apotheek die we hierboven beschrijven, kan het voorkomen dat u nog een deel zelf moet betalen. Het gaat hier om de bovenlimietprijs (wettelijke eigen bijdrage). Deze wordt eventueel wel vergoed uit uw aanvullende verzekering.

Voor de ZieZo Basis en ZieZo Selectief van Zilveren Kruis geldt

Voor de aanspraak op farmaceutische zorg geldt dat wij een beperkt aantal internetapotheken hebben gecontracteerd. Dat betekent dat u bij voorkeur gebruik dient te maken van de door ons gecontracteerde internetapotheken.

Kan deze internetapotheek de gewenste geneesmiddelen en/of dieetpreparaten niet leveren? Of er zijn andere omstandigheden waardoor u, uw geneesmiddelen en dieetpreparaten, bij een andere apotheek wilt bestellen? Dan kunt u ook gebruik maken van een andere door ons gecontracteerde apotheek. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde apotheek, dan heeft u recht op de vergoeding, zoals hierboven beschreven staat onder b.

Wilt u weten met welke apotheken of medisch gespecialiseerde leveranciers wij een contract hebben? Kijk dan op onze website of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde apotheek en medisch gespecialiseerde leveranciers vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 4 Vergoedingsregels voor geregistreerde geneesmiddelen

4.1 Vergoeding volgens wettelijk systeem

De overheid heeft een Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) vastgesteld. In het GVS staat welke geneesmiddelen wel en niet voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking komen en onder welke voorwaarden. Als geneesmiddelen (nog) niet in het GVS zijn opgenomen, vergoeden wij ze in principe niet, met uitzondering van het bepaalde in artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering. Daar staat in lid 1, sub b, onderdeel 3 dat u recht heeft op een geneesmiddel dat in Nederland niet in de handel is, maar wel in een ander land. Voorwaarde hiervoor is dat u dit geneesmiddel nodig heeft voor een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners en waarvan de werking wetenschappelijk onderbouwd is.

Voor de vergoeding van geregistreerde geneesmiddelen worden de volgende groepen onderscheiden:

- a onderling vervangbare geneesmiddelen (zie verder artikel 4.2);
- b geneesmiddelen die niet onderling vervangbaar zijn (zie verder artikel 4.3);
- c geneesmiddelen waaraan aanvullende voorwaarden voor vergoeding zijn gesteld (zie verder artikel 4.4).

4.2 Onderling vervangbare geneesmiddelen

In de Regeling zorgverzekering vindt u in bijlage 1A welke geneesmiddelen als onderling vervangbaar zijn aangemerkt.

Onderling vervangbare geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die:

- a kunnen worden toegepast bij een gelijksoortig indicatiegebied, en
- b worden toegediend via een gelijke toedieningsweg, en
- c in het algemeen zijn bestemd voor dezelfde leeftijdscategorie.

Onderling vervangbare geneesmiddelen worden ingedeeld in groepen (clusters). Per cluster stelt de overheid een vergoedingslimiet vast. Deze limiet is gebaseerd op de gemiddelde prijs van de geneesmiddelen in dat cluster. Is de inkoopprijs hoger dan de vergoedingslimiet? Dan vergoeden wij het meerdere niet. U moet het bedrag boven de vergoedingslimiet dan betalen – als eigen bijdrage – aan de apotheek. U bent ook een eigen bijdrage verschuldigd, als het een eigen bereiding betreft, waarin een geneesmiddel is verwerkt waarvoor een eigen bijdrage geldt.

Voor een aantal onderling vervangbare geneesmiddelen gelden aanvullende voorwaarden voor vergoeding (zie artikel 4.4). Er is in dat geval alleen aanspraak op vergoeding, als aan deze aanvullende voorwaarden is voldaan. Wij vergoeden dan tot maximaal de vergoedingslimiet.

Preferente geneesmiddelen

Een aparte groep binnen de onderling vervangbare geneesmiddelen zijn de identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen.

In deze groep geneesmiddelen hebben wij een aantal voorkeursmiddelen aangewezen. Dit zijn de preferente geneesmiddelen.

Neemt u uw geneesmiddelen af bij een apotheek zonder contract? Of bij een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten? Dan heeft u binnen de groep identieke middelen uitsluitend aanspraak op vergoeding van de geneesmiddelen die wij als preferent hebben aangewezen. Is er geen medische noodzaak om een niet-aangewezen geneesmiddel te gebruiken en wilt u dit toch? Dan moet u dit geneesmiddel zelf betalen.

Wilt u weten welke geneesmiddelen wij als preferent hebben aangewezen? Een overzicht van deze middelen vindt u op de website van uw Zorgverzekeraar. Het kan nodig zijn om de lijst aangewezen middelen tussentijds te wijzigen. In dat geval wordt hierover op tijd informatie verstrekt.

Daarnaast vindt u op de website van uw Zorgverzekeraar ons preferentiebeleid. **Let op:** het preferentiebeleid geldt niet voor geneesmiddelen die worden toegediend in een instelling. Ook geldt het preferentiebeleid niet voor geneesmiddelen die worden afgenomen bij apotheken met een IDEA-overeenkomst.

Op de website van uw Zorgverzekeraar vindt u ook de criteria die wij hanteren bij:

- a het aanwijzen van de geneesmiddelen;
- b de procedure die we bij het aanwijzen volgen;
- c het tijdstip waarop de aanwijzing ingaat;
- d de duur van de aanwijzing;
- e de manier waarop we de aanwijzing bekendmaken.

Voor een aantal preferente geneesmiddelen gelden aanvullende voorwaarden voor vergoeding (zie artikel 4.4). Er is in dat geval alleen aanspraak op vergoeding, als aan deze aanvullende voorwaarden is voldaan.

4.3 Niet-onderling vervangbare geneesmiddelen

In de Regeling zorgverzekering vindt u in bijlage 1B welke geneesmiddelen als niet-onderling vervangbaar worden aangemerkt. Niet-onderling vervangbare geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die niet met andere geneesmiddelen geclusterd kunnen worden, doordat hun eigenschappen verschillen. Voor de niet-onderling vervangbare geneesmiddelen geldt een volledige vergoeding.

Voor een aantal niet-onderling vervangbare geneesmiddelen gelden aanvullende voorwaarden voor vergoeding (zie artikel 4.4). Er is in dat geval alleen aanspraak op vergoeding, als aan deze aanvullende voorwaarden is voldaan.

4.4 Geneesmiddelen waaraan aanvullende voorwaarden voor vergoeding zijn gesteld

4.4.1 Overzicht van geneesmiddelen waaraan aanvullende voorwaarden voor vergoeding zijn gesteld

In de Regeling zorgverzekering vindt u in bijlage 2 aan welke geneesmiddelen aanvullende voorwaarden voor vergoeding zijn gesteld. 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.

4.4.2 Beoordelingsprocedures bij aanvullende voorwaarden vergoeding van geneesmiddelen

Wanneer komen geneesmiddelen waaraan aanvullende voorwaarden zijn gesteld, voor vergoeding in aanmerking? Dit wordt bepaald in verschillende beoordelingsprocedures:

- a **Controle achteraf.** Geneesmiddelen waarbij vooraf géén controle op de vergoedingsvoorwaarden plaatsvindt. Er wordt dus niet vooraf, maar achteraf gecontroleerd of u voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden die voor een geneesmiddel gelden. Blijkt bij deze controle dat u niet aan de voorwaarden voldoet? Dan moet u het geneesmiddel alsnog zelf betalen.
- b **Controle vooraf.** De apotheker controleert vooraf of de verstrekking van een geneesmiddel aan de vergoedingsvoorwaarden voldoet. Hij doet dit op basis van een artsenverklaring van Zorgverzekeraars Nederland, die uw behandelend arts invult. U levert de artsenverklaring tegelijk met het recept in bij de apotheek. Als u aan de voorwaarden voldoet, kunt u het geneesmiddel direct meekrijgen. Voldoet u niet aan de voorwaarden? Dan heeft u geen aanspraak. U kunt het geneesmiddel dan wel meekrijgen, maar u moet het zelf betalen.
Wilt u uit privacyoverwegingen de artsenverklaring niet in de apotheek aanbieden? Dan kunt u de verklaring ook, voorzien van een korte toelichting, rechtstreeks naar ons sturen. Dan controleren wij de verklaring. Ook als een niet-gecontracteerde apotheek de farmaceutische zorg levert, moeten wij de artsenverklaring beoordelen. Voor een aantal geneesmiddelen is er alleen een apotheekinstructie van Zorgverzekeraars Nederland. De apotheek controleert volgens deze instructie of u in aanmerking komt voor vergoeding van het geneesmiddel. Voor deze geneesmiddelen is geen artsenverklaring van Zorgverzekeraars Nederland nodig.
- c **Toestemming vooraf.** Voor sommige geneesmiddelen heeft u alleen aanspraak op vergoeding, als u vooraf toestemming aan ons vraagt. Om te kunnen beoordelen of u aanspraak heeft op vergoeding, kunnen wij bij deskundigen medisch inhoudelijk advies inwinnen.

Let op! Kijk voor het meest actuele lijst van geneesmiddelen waarvoor een ZN-artsenverklaring of machtiging nodig is op zn.nl; ga naar ZN-formulieren en kies daarna voor farmacie. U kunt ook gebruik maken van de volgende link: zn.nl/zn-formulieren/farmacie.

4.4.3 Specialistische geneesmiddelen

Een aantal geneesmiddelen vergoeden wij alleen aan het ziekenhuis en niet aan de apotheek. Deze geneesmiddelen vinden wij zo specialistisch dat ze altijd toegediend moeten worden door of in opdracht van een medisch specialist, onder zijn directe verantwoordelijkheid. Het gaat hierbij om geneesmiddelen die een arts of verpleegkundige moet toedienen per injectie, per infuus of per instillatie. En om geneesmiddelen die een medisch specialist gebruikt om een diagnose te stellen of het resultaat van een behandeling te beoordelen. Omdat wij deze specialistische geneesmiddelen alleen aan het ziekenhuis vergoeden (en niet aan de apotheek), kan de apotheek ze niet voor rekening van ons aan u afleveren.

Wilt u weten welke geneesmiddelen wij als specialistisch beschouwen? Kijk dan op de website van uw Zorgverzekeraar. Uiteraard kunt u deze informatie ook bij ons opvragen.

4.4.4 Maagzuurremmers en zelfzorgmiddelen

Maagzuurremmers, combinatiepreparaten met maagzuurremmers en zelfzorgmiddelen vormen een bijzondere groep van geneesmiddelen, waaraan aanvullende voorwaarden voor vergoeding zijn gesteld. Zelfzorgmiddelen zijn geregistreerde geneesmiddelen die u zonder recept kunt verkrijgen bij een apotheek of drogist. In principe zijn deze geneesmiddelgroepen uitgesloten van vergoeding. Maar bij chronisch gebruik van deze middelen geldt een aparte vergoedingsregeling voor bepaalde maagzuurremmers, combinatiepreparaten met maagzuurremmers, laxeermiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, maagledigingsmiddelen en middelen om de ogen te beschermen tegen uitdroging. Alleen bij chronisch gebruik vergoeden wij deze geneesmiddelen, onder de volgende voorwaarden:

- 1 het geneesmiddel moet opgenomen zijn in het GVS;
- 2 de behandelend arts moet het geneesmiddel voorschrijven. Op zijn voorschrift moet hij aangeven dat:
 - a u langer dan 6 maanden op het betreffende geneesmiddel bent aangewezen;
 - b u het betreffende geneesmiddel voorgeschreven krijgt om een chronische aandoening te behandelen;
 - c het betreffende geneesmiddel voor u geen nieuwe medicatie is.
- 3 de behandelend arts schrijft de aanduiding 'C.G.'(chronisch gebruik) op zijn voorschrift, om aan te geven dat u voldoet aan de voorwaarden die hiervoor zijn genoemd onder 2.

De eerste 15 dagen komen de kosten van de geneesmiddelen waarover het gaat in dit artikel, voor uw eigen rekening.

Artikel 5 Niet-geregistreerde geneesmiddelen

In een aantal gevallen heeft u ook aanspraak op en/of recht op vergoeding van niet-geregistreerde geneesmiddelen. Het gaat hierbij om geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die:

- op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet, of
- in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling (artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet), binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners en waarvan de werking wetenschappelijk onderbouwd is.

U heeft slechts aanspraak op vergoeding van deze geneesmiddelen, als er sprake is van rationele farmacotherapie en de behandeling met deze middelen voor u is aangewezen. Voor geïmporteerde, niet-geregistreerde geneesmiddelen dienen wij altijd vooraf toestemming te geven voor vergoeding.

Een bijzondere vorm van niet-geregistreerde geneesmiddelen zijn de apotheekbereidingen. Deze op recept bereide geneesmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als:

- er geen (nagenoeg) gelijkwaardig geregistreerd geneesmiddel is, wat niet wordt vergoed uit de basisverzekering én
- de behandeling met het op recept bereide geneesmiddel is aan te merken als rationele farmacotherapie.

Als niet-rationele farmacotherapie worden beschouwd:

- bereidingen die overeenkomen met Warenwetproducten (onder andere cosmetica, shampoos, bad-oliën),
- bereidingen waarvan één van de te verwerken grondstoffen staat op de lijst van niet-rationele apotheekbereidingen van het Nederlands Zorginstituut,
- bereidingen waarvan uit de beschikbare wetenschappelijke literatuur geen rationaliteit blijkt.

Allergenen

Immunotherapie met allergenen bestaat uit langdurige toediening van allergeen houdende extracten. Het doel ervan is allergische patiënten minder gevoelig te maken voor de betreffende allergenen, zodat de klachten afnemen en het gebruik van symptomatische medicatie kan worden verminderd. Niet alle allergenen zijn geregistreerd.

Niet-geregistreerde allergenen komen in principe niet voor vergoeding in aanmerking, tenzij de behandeling met een geregistreerd middel niet mogelijk is. De voorschrijvend arts kan dan een machtiging aanvragen voor de vergoeding van een niet-geregistreerd allergeen. Deze aanvraag moet tenminste de volgende gegevens bevatten:

- de door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) verleende toestemming voor het in de handel brengen van het niet-geregistreerde allergeen voor de betreffende indicatie én
- een toelichting van de behandelend arts waarom hij denkt dat een wel geregistreerd allergeen niet afdoende is en waarom de arts deze conclusie heeft getrokken én
- 2 publicaties uit een gerenommeerd internationaal tijdschrift, waarin de rationaliteit van het gebruik van het niet-geregistreerde allergeen wordt onderbouwd.

Recht op vergoeding bestaat alleen op basis van een door ons afgegeven machtiging en op individuele basis.

¹ Onder rationele farmacotherapie wordt in dit verband verstaan 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. Dit is met name van toepassing bij magistrale receptuur (apotheekbereidingen). waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is. Dit is met name van toepassing bij magistrale receptuur (apotheekbereidingen).

Artikel 6 Dieetpreparaten

Het recht op dieetpreparaten bestaat alleen, als het gaat om een aandoening waarbij toediening van deze preparaten een essentieel onderdeel is van adequate zorg. En als de verzekerde niet kan uitkomen met normale aangepaste voeding en/of dieetproducten. Alleen polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten komen voor vergoeding in aanmerking. Voorwaarde hiervoor is dat is voldaan aan de aanvullende voorwaarden voor vergoeding. Deze voorwaarden staan in bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering (zie paragraaf 'Geneesmiddelen waaraan aanvullende voorwaarden voor vergoeding zijn gesteld'). Een andere voorwaarde om voor vergoeding in aanmerking te komen, is dat er een 'Verklaring dieetpreparaten' door de diëtist, medisch specialist of jeugdarts is ingevuld en uw apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier vastgesteld heeft dat aan de voorwaarden is voldaan.

De huisarts kan dieetpreparaten alleen voorschrijven bij allergieën die met een provocatie-eliminatie-test vastgesteld zijn. De huisarts kan dan de 'Verklaring' invullen.

Artikel 7 (deel)Prestaties

Een (deel)prestatie is een vorm van dienstverlening. Op het gebied van farmaceutische zorg onderscheiden we verschillende (deel)prestaties. Deze vindt u hieronder. Per prestatie leest u of het gaat om verzekerde zorg. En zo ja, of er aanvullende eisen zijn ten aanzien van de kwaliteit van de zorgverlening en/of of er aanvullende voorwaarden worden gesteld aan de vergoeding.

Voor alle genoemde (deel)prestaties geldt dat deze alleen voor vergoeding in aanmerking komen, als een apotheek ze heeft afgeleverd, tenzij dit in dit reglement expliciet anders is bepaald. Declaraties van niet-apotheken komen niet voor vergoeding in aanmerking, tenzij wij de zorgverlener voor de desbetreffende prestatie hebben gecontracteerd.

7.1 Terhandstelling van en begeleidingsgesprek bij een geneesmiddel

Verzekerde zorg	Ja
Aanvullende voorwaarden voor vergoeding	U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de deelprestatie 'Terhandstelling en begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel', als is voldaan aan onderstaande aanvullende voorwaarden: 1 u heeft alleen aanspraak op vergoeding als het geneesmiddel met dezelfde werkzame stof en toedieningsvorm niet eerder aan u ter hand is gesteld, of als dit 12 maanden of langer geleden voor het laatst aan u ter hand is gesteld; 2 u heeft geen aanspraak op deze prestatie als er vanuit uw basisverzekering geen aanspraak op vergoeding bestaat van het betreffende geneesmiddel.

7.2 Deelprestatie 'weekterhandstelling'

Verzekerde zorg	Ja
Aanvullende voorwaarden voor vergoeding	U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de deelprestatie 'weekterhandstelling', als is voldaan aan de onderstaande voorwaarden: 1 levering in een weekdoseerverpakking voor u noodzakelijk is om de bij deze deelprestatie ter hand gestelde geneesmiddelen verantwoord toe te kunnen dienen, volgens de geldende richtlijnen van de beroepsgroep voor deze prestatie. Dit moet zijn gebleken uit overleg tussen voorschrijver, apotheker en verzekerde; 2 de geleverde zorg voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep die gelden voor deze prestatie.

U vindt de richtlijn "geneesmiddelen in een geïndividualiseerde distributievorm (GDV)" die betrekking heeft op de prestatie weekterhandstelling op knmp.nl. Dit is de website van De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie.

7.3 Instructie patiënt UR (Uitsluitend Recept)-geneesmiddel-gerelateerd hulpmiddel

Verzekerde zorg	Ja, maximaal 1 instructie per jaar per hulpmiddel, met uitzondering van geconstateerd foutief gebruik.
Aanvullende voorwaarden voor vergoeding	U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de instructie, als het gaat om een geneesmiddel dat u bij uzelf moet injecteren. Of als het gaat om een geneesmiddel dat u moet inhaleren. Voor instructies bij andere geneesmiddel gerelateerde hulpmiddelen geldt, dat de vergoeding is inbegrepen bij de vergoeding van de prestatie 'terhandstelling van een geneesmiddel' (zie 7.1).

7.4 Medicatiebeoordeling chronisch gebruik van UR (uitsluitend recept) geneesmiddelen

Verzekerde zorg	Ja, maximaal één keer per jaar
Aanvullende voorwaarden voor vergoeding	U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de prestatie 'Medicatiebeoordeling chronisch gebruik van UR-geneesmiddelen', als is voldaan aan de onderstaande voorwaarden: 1 er bestaat voor u volgens de richtlijn "Polyfarmacie bij ouderen" en/of de KNMP-richtlijn "Medicatiebeoordeling" een medische of farmaceutische noodzaak om medicatie te laten beoordelen; 2 de geleverde zorg voldoet aan de richtlijn "Polyfarmacie bij ouderen" en/of de KNMP-richtlijn "Medicatiebeoordeling".
U vindt de richtlijn "Medicatiebeoordeling" die betrekking heeft op de prestatie "Medicatiebeoordeling chronisch gebruik van UR-geneesmiddelen" op knmp.nl . Dit is de website van De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie. De richtlijn "Polyfarmacie bij ouderen" vindt u op artsennet.nl , de website van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).	
N.B. In 2017 is deze farmaceutische zorgprestatie door ons vrijgesteld van doorbelasting in eigen risico ² .	

7.5 Farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek

Verzekerde zorg	Ja, maximaal één keer per dagbehandeling polikliniekbezoek
Aanvullende voorwaarden voor vergoeding	U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de prestatie 'Farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling of polikliniekbezoek' als is voldaan aan de onderstaande voorwaarden: 1 de geleverde zorg voldoet aan de geldende IGZ richtlijn "Overdracht van medicatiegegevens in de keten"; 2 de prestatie is geleverd op de dag van de behandeling of het polikliniek bezoek; 3 er daadwerkelijk een persoonlijk gesprek heeft plaatsgevonden tussen u en de verantwoordelijke zorgverlener.
U vindt de geldende IGZ richtlijn "Overdracht van medicatiegegevens in de keten" die betrekking heeft op de prestatie "Farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling of polikliniekbezoek" op knmp.nl . Dit is de website van De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie.	

7.6 Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname

Verzekerde zorg	Ja, maximaal één keer per ziekenhuisopname
Aanvullende voorwaarden voor vergoeding	U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de prestatie 'Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname' als is voldaan aan de onderstaande voorwaarden: 1 de geleverde zorg voldoet aan de geldende IGZ richtlijn "Overdracht van medicatiegegevens in de keten"; 2 de prestatie is geleverd op het moment dat de behandeling in het ziekenhuis aanvangt; 3 er daadwerkelijk een persoonlijk gesprek heeft plaatsgevonden tussen u en de verantwoordelijke zorgverlener; 4 de gevraagde gegevens en documenten vanuit het gesprek, conform de geldende IGZ richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' door de verantwoordelijke zorgverlener zijn vastgelegd in het digitale patiëntendossier.
U vindt de geldende IGZ richtlijn "Overdracht van medicatiegegevens in de keten" die betrekking heeft op de prestatie "Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname" op knmp.nl . Dit is de website van De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie.	

² Deze vrijstelling van doorbelasting in het eigen risico geldt alleen voor deze farmaceutische zorgprestatie. Overige farmaceutische zorg komt wel ten laste van het wettelijk eigen risico.

7.7 Farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis

Verzekerde zorg	Ja, maximaal één keer bij ontslag uit het ziekenhuis
Aanvullende voorwaarden voor vergoeding	U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de prestatie 'Farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis' als is voldaan aan de onderstaande voorwaarden: 1 de geleverde zorg voldoet aan de geldende IGZ richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten'; 2 de prestatie is geleverd voor of op het moment dat de voorraad ontslagmedicatie van het ziekenhuis op is en u de UR-geneesmiddelen nodig heeft; 3 er daadwerkelijk een persoonlijk gesprek heeft plaatsgevonden tussen u en de verantwoordelijke zorgverlener; 4 de gevraagde gegevens en documenten vanuit het gesprek, conform de geldende IGZ richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' door de verantwoordelijke zorgverlener zijn vastgelegd in het digitale patiëntendossier.
U vindt de geldende IGZ richtlijn "Overdracht van medicatiegegevens in de keten" die betrekking heeft op de prestatie "Farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis" op knmp.nl . Dit is de website van De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie.	

7.8 Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroepen

Verzekerde zorg	Nee
------------------------	-----

7.9 Advies farmaceutische zelfzorg

Verzekerde zorg	Nee
------------------------	-----

7.10 Gebruik receptgeneesmiddelen tijdens reizen

Verzekerde zorg	Nee
------------------------	-----

7.11 Advies ziekterisico bij reizen

Verzekerde zorg	Nee
------------------------	-----

7.12 Onderlinge dienstverlening tussen zorgverleners

Verzekerde zorg	Nee
------------------------	-----

Op de website van uw Zorgverzekeraar vindt u een overzicht van de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld voor de (deel)prestaties farmacie. Uiteraard kunt u deze informatie ook bij ons opvragen.

Artikel 8 Farmaceutische zorg die niet voor vergoeding in aanmerking komt

De volgende farmaceutische zorg komt op basis van dit reglement niet voor vergoeding in aanmerking:

- a farmaceutische zorg in de bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
- b geneesmiddelen en/of advies ter voorkoming van ziekte in het kader van een reis;
- c geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet voor vergoeding in aanmerking komt;
- d geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- e geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet;
- f de eigen bijdrage, zoals die beschreven is in dit reglement;
- g zelfzorggeneesmiddelen, anders dan beschreven in artikel 4.4.4 van dit reglement;
- h homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen.

Artikel 9 Maximale vergoedingsperiode en afleverhoeveelheden

9.1 Standaard vergoedingsperiode en afleverhoeveelheden

Per voorschrift heeft u aanspraak op en/of worden de kosten van de geneesmiddelen maximaal vergoed voor een periode van:

- 15 dagen, indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
- 3 maanden, indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, met uitzondering van slaapmiddelen of angstremmende middelen.
- 1 jaar, indien het orale anticonceptiva betreft;
- 1 maand, indien de kosten per geneesmiddel per maand meer dan € 1.000,- bedragen;
- 1 maand in overige gevallen.

Voor insuline en de anticonceptiepil (voor vrouwen tot 21 jaar) is alleen bij de eerste levering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.

Als er afgeweken moet worden van de maximale vergoedingsperiode neemt u dan contact op met uw apotheek. Deze kan dan met ons overleg plegen.

9.2 Afleveringen tijdens langdurig verblijf in het buitenland (vakantieregeling)

Bij leveringen korter dan 6 maanden waarbij de kosten van het geneesmiddel minder dan € 1.000,- per maand bedragen en waarbij het niet gaat om een baxteraflevering, kan de apotheek het middel meegeven en bij ons declareren. Op het recept moet staan dat het gaat om een vakantielevering.

Gaat het om een langere periode dan 6 maanden of om geneesmiddelen die duurder zijn dan € 1.000,- per middel per maand of om baxterafleveringen, dan moet u hiervoor een machtiging bij ons aanvragen. Dit geldt ook voor weekafleveringen.

In de aanvraag moet het volgende vermeld staan:

- om welke medicatie het gaat,
- welke dosering,
- welke periode en
- wat de plaats van bestemming is.

Let op: slaapmiddelen of angstremmende middelen mogen alleen per maand afgeleverd worden. Hierop wordt geen uitzondering gemaakt.

