



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden en
Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Farmaceutische zorg, voorkeursbeleid, IDEA-contract, Renitec, medische
noodzaak, informatievoorziening wijziging, gewekt vertrouwen

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
ziektelastenverzekering 2020 en 2021

Zaaknummer : 202101150

Zittingsdatum : 20 oktober 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 27 mei 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,-- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 28 juli 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 september 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 28 september 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 6 oktober 2021 respectievelijk 22 oktober 2021 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Bewust Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende Ziektekostenverzekeringen AV Doorstap en AV Tand Opstap (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Naar de commissie begrijpt, ontvangt verzoeker – evenals voorheen – van de apotheek, die het geneesmiddel Renitec aan hem ter hand stelt, kwitanties, die hij ter declaratie indient bij de ziektekostenverzekeraar. Tot en met 2019 werden de kosten van het geneesmiddel op basis hiervan vergoed. De ingediende kwitanties met datum 25 februari 2020, 5 juni 2020, 28 augustus 2020, en 30 december 2020 werden evenwel door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Verzoeker heeft hierover, en over de vergoeding van aan zijn echtgenote ter hand gestelde geneesmiddelen, diverse malen contact gehad met de ziektekostenverzekeraar via Whats app.
- 3.3. Vervolgens heeft hij op 3 februari 2021 de kwestie met klachtenformulier voorgelegd aan de ziektekostenverzekeraar. Die zelfde dag is de ontvangst van zijn klacht bevestigd, en uit de aantekeningen van verzoeker maakt de commissie op dat hij op 4 februari daaropvolgend is gebeld door een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft bij die gelegenheid gevraagd om een schriftelijke bevestiging. Deze is hem op 2 maart 2021 gestuurd. Nadien is er weer contact geweest via Whats app. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar valt op te maken dat deze zijn afwijzende beslissing handhaaft.



4. Geschil



4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van het aan hem ter hand gestelde geneesmiddel Renitec volledig moet vergoeden vanwege medische noodzaak, dan wel – als voorheen – een gedeeltelijke vergoeding moet verlenen op basis van de kosten van het voorkeursgeneesmiddel.



4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.



5. Bevoegdheid van de commissie



5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 2.12 van de voorwaarden van de zorgverzekering.



6. Beoordeling



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



6.2. Verzoeker stelt dat hij aanspraak heeft op volledige dan wel gedeeltelijke vergoeding van de kosten van het geneesmiddel Renitec. Hij licht toe dat dit geneesmiddel aan hem ter hand wordt gesteld door een gecontracteerde apotheek met een IDEA-contract. Op basis van dit contract moet de apotheek de goedkoopste variant van een geneesmiddel met een bepaalde werkzame stof afleveren. Een uitzondering hierop is mogelijk in geval van een medische noodzaak. Volgens verzoeker bestaat een dergelijke medische noodzaak in zijn geval, maar loopt de voorschrijvend huisarts er tegenaan dat de ervaren bijwerkingen moeilijk zijn aan te tonen. Waar verzoeker voorheen nog een gedeeltelijke vergoeding voor Renitec ontving, is dit met ingang van 2020 geëindigd. Hij acht dit niet terecht. Er is sprake van gedwongen winkelnering voor het goedkoopste geneesmiddel door de apotheek. Hierbij wordt de huisarts buiten spel gezet. Verzoeker voelt zich machteloos en meent dat dit 'medicijn discriminatie' is. In gelijke gevallen vindt namelijk een ongelijke behandeling plaats, aangezien het ene geneesmiddel wel en het andere niet wordt vergoed. Het gelijke behandelingsprincipe wordt hiermee onrecht aangedaan. Voor zover geen volledige vergoeding vanwege medische noodzaak kan worden verleend, vordert verzoeker daarom gedeeltelijke vergoeding op basis van het voorkeursgeneesmiddel. Verder stelt hij over de wijziging van het geneesmiddelenbeleid met ingang van 1 januari 2020 slechts globaal te zijn geïnformeerd. Tot slot voert verzoeker aan dat bij hem door de ziektekostenverzekeraar het vertrouwen is gewekt dat de kosten van Renitec ook in de toekomst zouden worden vergoed.



6.3. De ziektekostenverzekeraar meent dat het verzoek moet worden afgewezen. Hij licht toe dat voor niet-gecontracteerde apotheken geldt dat het aangewezen voorkeursgeneesmiddel ter hand moet worden gesteld. Gecontracteerde apotheken met een IDEA-contract zijn gehouden de goedkoopste variant van een geneesmiddel met de werkzame stof af te leveren. Een uitzondering is mogelijk in geval van medische noodzaak. Deze is aanwezig als iemand allergisch is voor hulp- of vulstoffen. De medische noodzaak moet worden toegelicht door de voorschrijver en er moeten meerdere generieken zijn geprobeerd voordat het specialité voor vergoeding in aanmerking komt. Bij de apotheek is geen medische noodzaak bekend. Voorheen was het mogelijk bij te betalen voor aflevering van een specialité, maar deze mogelijkheid is met ingang van 2020 vervallen. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar artikel 4.2 van het Reglement Farmaceutische Zorg. Volgens de ziektekostenverzekeraar is verzoeker in november 2019 over de wijziging van het geneesmiddelenbeleid ingelicht.

Ten aanzien van het gewekte vertrouwen is de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk waarop verzoeker dit baseert. In 2019 of 2020 zijn er over de vergoeding van Renitec geen contacten geweest. Pas nadat declaraties waren afgewezen heeft er op 19 januari 2021 en 2 februari 2021 via Whats app contact met verzoeker plaatsgevonden.

- 6.4. De commissie overweegt dat het een zorgverzekeraar, gelet op artikel 2.8, eerste lid, onder a, jo. derde lid, Bzv is toegestaan een voorkeursbeleid met betrekking tot de geregistreerde, bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen te voeren. Hierbij geldt als randvoorwaarde dat de aanwijzing door de zorgverzekeraar zodanig geschiedt dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in bedoelde ministeriële regeling ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. In dit geval heeft de ziektekostenverzekeraar, naar de commissie uit artikel 3.6 van de verzekeringsvoorwaarden ('A. Geregistreerde geneesmiddelen') opmaakt, het voorkeursbeleid op twee wijzen vorm gegeven. Indien de ter hand stelling plaats vindt door een niet-gecontracteerde apotheek bestaat in beginsel alleen aanspraak op het door de ziektekostenverzekeraar aangewezen voorkeursgeneesmiddel. Bij ter hand stelling door een gecontracteerde apotheek met een IDEA-contract betreft het het aangewezen voorkeursgeneesmiddel of de variant van het geneesmiddel met de werkzame stof die de laagste prijs heeft. Onomstreden is dat in de situatie van verzoeker altijd een geneesmiddel met de werkzame stoffen – enalapril/hydrochloorthiazide – beschikbaar was en is.
- 6.5. Afwijking van het voorkeursbeleid is volgens artikel 2.8, derde lid, Bzv aan de orde als behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde niet medisch verantwoord is. Omdat verzoeker gebruik maakt van een gecontracteerde apotheek met een IDEA-contract geldt de variant met de laagste prijs in dit verband als het aangewezen geneesmiddel. In de verzekeringsvoorwaarden is dit geregeld in artikel 3.6, waarbij wordt verwezen naar het Reglement Farmaceutische Zorg.
- Verzoeker heeft betoogd dat de voorschrijvend huisarts in een dilemma verkeert omdat de bijwerkingen van de generieke varianten moeilijk zijn aan te tonen. Volgens de ziektekostenverzekeraar is bij de apotheek geen medische noodzaak bekend. De commissie concludeert dat door verzoeker niet aannemelijk is gemaakt dat behandeling met de generieke variant met de laagste prijs voor hem niet medisch verantwoord is. Zijn stelling dat de huisarts hierbij buiten spel wordt gezet, wordt gepasseerd. Indien de uitzondering van toepassing is, is het aan de huisarts de medische noodzaak op het recept te vermelden en deze desgevraagd te onderbouwen. Van gedwongen winkelnering of 'medicijn discriminatie' is geen sprake. Integendeel, niet valt in te zien waarom voor verzoeker een uitzondering zou moeten worden gemaakt op het voorkeursbeleid, indien voor die uitzondering een medische onderbouwing ontbreekt. Dit zou juist discriminatie zijn, maar dan niet op het niveau van het geneesmiddel, maar op dat van de verzekerde. Bovendien zijn de generieke varianten en het specialité niet gelijk aan elkaar, nu in ieder geval de prijs verschilt. Dit prijsverschil is exact de reden de geneesmiddelen niet gelijk te behandelen.
- Het voorgaande leidt tot de conclusie dat het eerste onderdeel van het verzoek – volledige vergoeding van de kosten van Renitec op basis van medische noodzaak – moet worden afgewezen.
- Met betrekking tot de medische noodzaak tekent de commissie nog aan dat de ziektekostenverzekeraar blijkbaar (tevens) verlangt dat een verzekerde meerdere generieke varianten probeert. Uit een recent arrest van de Hoge Raad (ECLI:NL:HR: 2021:1111) valt op te maken dat die extra eis niet mag worden gesteld. Zie in dit verband ro 3.2.5. van het arrest.
- 6.6. Ten aanzien van het tweede onderdeel van het verzoek - gedeeltelijke vergoeding op basis van de prijs van het voorkeursgeneesmiddel – is door de ziektekostenverzekeraar erop gewezen dat het beleid met ingang van 1 januari 2020 is gewijzigd, in die zin dat bijbetaling voor een specialité niet langer mogelijk is. Hierbij heeft hij artikel 4.2 van het Reglement Farmaceutische Zorg aangehaald. De commissie merkt op dat het hier feitelijk gaat om artikel 3.3, onder punt 3, van genoemd reglement (2021, voor 2020: artikel 3.3, onder punt 2). Hierin is vermeld: *"als er van een geneesmiddel meerdere identieke, onderling vervangbare varianten beschikbaar zijn en er geen medische noodzaak is om het niet door de apotheker of ons aangewezen (merk) geneesmiddel te*

gebruiken, moet u, indien u uitsluitend een ander (merk) middel wilt gebruiken, dit geneesmiddel zelf betalen. Wij vergoeden de nota's die hierop betrekking hebben niet."

Deze bepaling is ondubbelzinnig geformuleerd en in beide jaren gelijklopend. De bepaling laat geen ruimte voor een gedeeltelijke bijbetaling.

- 6.7. Zoals de commissie, onder verwijzing naar een advies van het Kifid, eerder heeft geoordeeld, is voor de toepasselijkheid van een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden in het nadeel van de verzekerde onder andere vereist dat deze behoorlijk is gecommuniceerd. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verklaard dat hij zijn verzekerden in november 2019 over de wijziging in het geneesmiddelenbeleid heeft geïnformeerd. Verzoeker heeft de ontvangst van deze informatie niet aan de orde gesteld, hij heeft daarentegen aangevoerd dat de ontvangen informatie slechts globaal was.
- De commissie kan hem hierin niet volgen. Bij de stukken bevindt zich een overzicht van de wijzigingen met ingang van 1 januari 2020. Hierin is vermeld:
- "Verandering:** *Wij hebben vanaf 1 januari 2020 een ander beleid voor geneesmiddelen. Mogelijk heeft dit voor u geen gevolgen. Maar dit kan ook betekenen dat u van uw apotheek een geneesmiddel van een andere fabrikant meekrijgt dan u gewend bent. Dit is afhankelijk van het soort contract dat uw apotheek met ons heeft afgesloten. U kunt uw apotheker hiernaar vragen. Ook vervalt in 2020 de mogelijkheid dat u het verschil in kosten zelf betaalt, als u toch liever een ander (duurder) geneesmiddel wilt gebruiken. Gaat u naar een apotheek zonder contract met ons? Dan krijgt u alleen een vergoeding voor merken die op onze lijst met preferente geneesmiddelen staan."*
- Verzoeker kreeg ook vóór 2020 het specialité ter hand gesteld. Hij moest de kosten hiervan toen al zelf betalen, om deze daarna bij de ziektekostenverzekeraar te declareren en gedeeltelijk vergoed te krijgen. Het had hem daarom duidelijk moeten zijn dat de passage over het vervallen van de mogelijkheid tot bijbetaling zag op zijn situatie.
- Een en ander leidt tot de conclusie dat ook een gedeeltelijke vergoeding van de kosten van Renitec niet aan de orde kan zijn, en dat het tweede onderdeel van het verzoek daarom moet worden afgewezen.
- 6.8. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij in aanmerking komt voor voortzetting van de vergoeding na 1 januari 2020. Dit omdat sprake zou zijn van een bij hem gewekt en rechtens te honoreren vertrouwen. Waarop hij dit baseert is door verzoeker echter niet toegelicht, terwijl door de ziektekostenverzekeraar onweersproken is gesteld dat over de vergoeding van Renitec in 2019 en 2020 in het geheel geen contact heeft plaatsgevonden. Pas naar aanleiding van de afwijzing van de declaraties nam verzoeker contact op.
- Het beroep op gewekt vertrouwen kan om deze redenen niet slagen.

6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 oktober 2021,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

3.5 Erfelijkheidsonderzoek

Inhoud zorg

U heeft recht op:

- a. onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboom-onderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluid-onderzoek en DNA-onderzoek;
- b. de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding;
- c. onderzoeken bij andere personen, als dit noodzakelijk is om u te adviseren. Aan deze personen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Wie mag deze zorg verlenen

Een centrum voor erfelijkheidsadvies. Dit is een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts, medisch specialist of verloskundige.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.6 Farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten)

Inhoud zorg

Onder farmaceutische zorg verstaan wij:

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

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

a. Geregistreerde geneesmiddelen

U heeft recht op geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering en het daarbij horende advies en de begeleiding door degene die het geneesmiddel aan u ter hand stelt. In bijlage 2 bij

de Regeling zorgverzekering wordt het recht op een aantal geneesmiddelen beperkt tot de in die bijlage genoemde indicaties. Bijlagen 1 en 2 kunt u raadplegen via wetten.overheid.nl. Zie voor meer informatie ons Reglement Farmaceutische Zorg.

Op welk geneesmiddel heeft u recht

U heeft niet automatisch aanspraak op alle merken geneesmiddelen. U heeft recht op een middel dat de werkzame stof bevat die de huisarts of medisch specialist heeft voorgeschreven. Controle van de overheid garandeert dat alle (merken) geneesmiddelen aan dezelfde eisen voldoen. Zijn er identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan heeft u alleen recht op de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen of, bij een apotheker met een IDEA-contract, het geneesmiddel dat de apotheek heeft aangewezen. Is er geen geneesmiddel aangewezen? Dan heeft u recht op het laagst geprijsde geneesmiddel. Uw apotheker kan u vertellen welk geneesmiddel het laagst geprijsd is. In uitzonderlijke gevallen kan het voorkomen dat u vanwege een medische noodzaak (bijvoorbeeld een allergie of een intolerantie voor bepaalde hulpstoffen) toch op een duurder geneesmiddel van een ander merk bent aangewezen. Zie voor meer informatie ons Reglement Farmaceutische Zorg. Hierin staat ook nog een aantal aanvullende bepalingen voor het recht op specifieke geneesmiddelen. U heeft alleen recht op deze geneesmiddelen als u voldoet aan deze bepalingen.

b. Rationele farmacotherapie (niet-geregistreerde geneesmiddelen)

U heeft recht op niet-geregistreerde geneesmiddelen en het daarbij horende advies en de begeleiding door degene die het geneesmiddel aan u ter hand stelt, mits er sprake is van rationele farmacotherapie. Bij rationele farmacotherapie gaat het om geneesmiddelen die in de apotheek zijn bereid of geneesmiddelen die op verzoek van uw arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, lid 1 onder mm van de Geneesmiddelenwet. Verder kan het gaan om geneesmiddelen die in de handel zijn in een ander land en bestemd zijn voor een patiënt die lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Zie voor de nadere voorwaarden ons Reglement Farmaceutische Zorg.

Onder rationele farmacotherapie verstaan wij de behandeling van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en de effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering. Zie voor meer informatie ons Reglement Farmaceutische Zorg.

c. Dieetpreparaten

U heeft alleen recht op dieetpreparaten als:

- u een aandoening heeft waarbij toediening van deze preparaten een essentieel onderdeel is van adequate zorg;
- u niet kunt uitkomen met normale aangepaste voeding en/of dieetproducten;

- is voldaan aan de aanvullende voorwaarden voor vergoeding die staan in bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. Bijlage 2 wordt regelmatig gewijzigd. Ook tijdens het lopende polisjaar. U kunt de meest actuele bijlage met de voorwaarden vinden op wetten.overheid.nl.

Wie mag de zorg genoemd onder a. t/m c. verlenen

Een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers zoals bedoeld in artikel 61, vijfde lid van de Geneesmiddelenwet.

Een apotheekhoudend huisarts aan wie krachtens artikel 61 tiende of elfde lid van de Geneesmiddelenwet vergunning is verleend geneesmiddelen te leveren.

Dieetpreparaten zoals genoemd onder c. mogen ook worden geleverd door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.

Instructie bij een aan een geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel mag uitsluitend worden gegeven door de apotheek of apotheekhoudend huisarts die het betreffende geneesmiddel aan u terhandstelt.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

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

Voorschrift

Er is een voorschrift nodig van degene tot wiens vakgebied de behandeling behoort. Dit kan zijn een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een

hiertoe bevoegde verpleegkundige. Voor dieetpreparaten is een voorschrift nodig van een kinderallergoloog, medisch specialist, arts of diëtist.

Toestemming vooraf

In ons Reglement Farmaceutische Zorg kunt u vinden wanneer u voorafgaande toestemming van De Friesland nodig heeft.

Eigen bijdrage

Sommige geneesmiddelen zijn ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen. Per groep van onderling vervangbare geneesmiddelen is een vergoedingslimiet vastgesteld. Deze is afgeleid van de gemiddelde prijs van de geneesmiddelen in deze groep. Is de werkelijke prijs van het geneesmiddel hoger, dan betaalt u zelf het verschil als eigen bijdrage met een maximum van € 250,- per kalenderjaar. Als uw basisverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, berekenen wij deze eigen bijdrage als volgt: $\text{€ 250} \times (\text{het aantal dagen van het kalenderjaar waarop de basisverzekering heeft gelopen of zal gaan lopen}) : 365 = \text{het bedrag van de eigen bijdrage}$, afgerond op hele euro's. In bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering zijn in onderdeel A de geneesmiddelen genoemd waarvoor een vergoedingslimiet geldt. Bijlage 1 wijzigt iedere maand en kunt u raadplegen via wet.ten.overheid.nl.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders. Een eventueel verschuldigde eigen bijdrage vergoeden wij niet.

Let op! Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij geen farmaceutische zorg voor geneesmiddelen die niet door ons zijn aangewezen. U kunt de actuele lijst van aangewezen geneesmiddelen vinden op onze website. U heeft uitsluitend recht op vergoeding van een ander merk dan het voorkeursmiddel als het medisch onverantwoord is u met het voorkeursmiddel te behandelen.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico, met uitzondering van de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek.

Let op! Verzekerden van 18 tot 21 jaar hebben recht op vergoeding van een spiraal en de plaatsing daarvan. Bij plaatsing door een huisarts of verloskundige geldt het eigen risico alleen voor de spiraal en niet voor de plaatsing. Bij plaatsing door een gynaecoloog geldt het eigen risico voor zowel de spiraal als voor de plaatsing.

Reglement Farmaceutische Zorg 2020

Ingangsdatum 1 januari 2020

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V., Pro Life en ZieZo
Interpolis Zorgverzekeringen N.V.
FBTO Zorgverzekeringen N.V.
De Friesland Zorgverzekeraar 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
3.6 Selectieve inkoop van bepaalde specialistische geneesmiddelen	6
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	8
Artikel 7 Prestaties	8
7.1 Terhandstelling van een UR-geneesmiddel	
7.2 Terhandstelling en begeleidingsgesprek van een nieuw UR-geneesmiddel	9
7.3 Terhandstelling door middel van een GDV	9
7.4 Instructie patiënt UR-geneesmiddel- gerelateerd hulpmiddel	9
7.5 Medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik	9
7.6 Farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek	10
7.7 Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname	10
7.8 Farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis	10
7.9 Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroepen	10
7.10 Advies farmaceutische zelfzorg	10
7.11 Advies gebruik UR-geneesmiddelen tijdens reis	11
7.12 Advies ziekterisico bij reizen	11
7.13 Onderlinge dienstverlening	11
7.14 Facultatieve zorgprestatie	11
Artikel 8 Farmaceutische zorg die niet voor vergoeding in aanmerking komt	11
Artikel 9 Maximale vergoedingsperiode en afleverhoeveelheden	11
9.1 Standaard vergoedingsperiode en afleverhoeveelheden	11
9.2 Afleveringen tijdens langdurig verblijf in het buitenland (vakantieregeling)	11

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. Is er geen geneesmiddel aangewezen? Dan heeft u recht op het laagst geprijsde geneesmiddel. Uw apotheker kan u vertellen welk geneesmiddel het laagst geprijsd is. 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 2020 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 Budget;
- Interpolis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): Interpolis ZorgActief en Interpolis ZorgCompact;
- FBTO Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Leeuwarden): FBTO Zorg basisverzekering naturapolis en FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis;
- Volmacht van Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), die onder naam en voor rekening van Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), basisverzekeringen uitvoeren. Dat is: One Underwriting Health B.V. (statutair gevestigd te Eindhoven).
- Volmacht van Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Zeist), handelend onder de handelsnaam Zilveren Kruis, die onder naam en voor rekening van Zilveren Kruis aanvullende verzekeringen uitvoeren. Dat is: One Underwriting Health B.V. (statutair gevestigd te Eindhoven);
- De Friesland Zorgverzekeraar N.V. (statutair gevestigd te Leeuwarden): Alles Verzorgd Polis en Zelf Bewust Polis;
- 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 u heeft aanspraak op vergoeding van het geneesmiddel en/of dieetpreparaat tot maximaal de vergoedingslimiet (zie ook artikel 4.1) en uitsluitend als aan eventuele aanvullende vergoedingsvoorwaarden is voldaan.
- 2 de geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegd verpleegkundige.
- 3 dieetpreparaten voor de behandeling van (het risico op) ondervoeding moeten zijn voorgeschreven door een arts of diëtist.

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 niet door de apotheker aangewezen geneesmiddel te gebruiken, moet u, indien u uitsluitend een ander 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). Wanneer wij geen geneesmiddel hebben aangewezen, dan geldt dat u recht heeft op vergoeding van het laagst geprijsde geneesmiddel.
- 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.

Voor de hoogte van de vergoeding geldt het volgende:

- a Voor de polissen Basis Exclusief (Zilveren Kruis) 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): 100% van de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
- b voor de polissen Basis Zeker, Basis Budget, ZieZo Basis en ZieZo Selectief (Zilveren Kruis), Principe Polis en Principe Polis Budget (Pro Life), FBTO Zorg basisverzekering naturapolis (FBTO), Interpolis ZorgActief, Interpolis ZorgCompact (Interpolis) en Zelf Bewust Polis (De Friesland Zorgverzekeraar) 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).
- c: voor Alles Verzorgd Polis (De Friesland Zorgverzekeraar) geldt dat u recht heeft op een vergoeding van:
 - farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten): tot maximaal 80% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners);
 - prestaties (dienstverlening, zie voor de omschrijving hoofdstuk 7): tot maximaal 80% 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 en Interpolis ZorgCompact geldt

Voor de aanspraak op farmaceutische zorg geldt dat wij internetapotheken hebben gecontracteerd. U dient bij voorkeur gebruik 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 maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

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.

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 artsverklaring van Zorgverzekeraars Nederland, die uw behandelend arts invult. U levert de artsverklaring 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 artsverklaring 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 artsverklaring 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 artsverklaring 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-artsverklaring 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: www.znformulieren.nl.

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 apotheker), kan de apotheker 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, laxemiddelen, 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 farmacotherapie¹ en de behandeling met deze middelen voor u is aangewezen. Voor geïmporteerde, niet-geregistreerde geneesmiddelen dienen wij altijd vooraf toestemming te geven voor vergoeding.

Een bijzondere vorm van niet-geregistreerde geneesmiddelen zijn de apotheekbereidingen. Deze op recept bereide geneesmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er geen (nagenoeg) gelijkwaardig geregistreerd geneesmiddel is dat niet wordt vergoed uit het geneesmiddelenvergoedingssysteem én de behandeling met het op recept bereide geneesmiddel is aan te merken als rationele farmacotherapie.

Uitzonderingen daarop zijn mogelijk indien de apotheekbereiding al in de praktijk wordt toegepast vóórdat het (nagenoeg) gelijkwaardige geneesmiddel is geregistreerd of indien de apotheekbereiding al of nog niet in de praktijk wordt toegepast en de Minister heeft besloten het (nagenoeg) gelijkwaardige geregistreerde geneesmiddel niet in het GVS op te nemen.

Als niet-rationele farmacotherapie worden beschouwd:

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

Allergenen

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

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

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

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

Artikel 6 Dieetpreparaten

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

Artikel 7 Prestaties

Een prestatie is een vorm van dienstverlening. Op het gebied van farmaceutische zorg onderscheiden we verschillende 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 prestaties geldt dat deze alleen voor vergoeding in aanmerking komen, als een apotheek ze heeft afgeleverd, tenzij dit in dit reglement expliciet anders is bepaald. Declaraties van niet-apotheken komen niet voor vergoeding in aanmerking, tenzij wij de zorgverlener voor de desbetreffende prestatie hebben gecontracteerd.

¹ De behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering, noemen we rationele farmacotherapie.

7.1 Terhandstelling van een UR-geneesmiddel

Verzekerde zorg	Ja
Aanvullende voorwaarden voor vergoeding	U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de prestatie 'terhandstelling van een uitsluitend recept geneesmiddel' als is voldaan aan de volgende aanvullende voorwaarden: 1 er is daadwerkelijk een geneesmiddel aan u ter hand gesteld; 2 de zorg die aan u is verleend, voldoet aan de KNMP Richtlijn 'Ter hand stellen'.
UR-geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die alleen vergoed worden als er een recept voor is afgegeven (UR staat voor uitsluitend recept).	

7.2 Terhandstelling en begeleidingsgesprek van een nieuw UR-geneesmiddel

Verzekerde zorg	Ja
Aanvullende voorwaarden voor vergoeding	U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de prestatie 'Terhandstelling en begeleidingsgesprek van een nieuw UR- 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.
UR-geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die alleen vergoed worden als er een recept voor is afgegeven (UR staat voor uitsluitend recept).	

7.3 Terhandstelling door middel van een GDV

Verzekerde zorg	Ja
Aanvullende voorwaarden voor vergoeding	U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de prestatie 'Terhandstelling door middel van een GDV', als is voldaan aan de onderstaande voorwaarden: 1 levering via een geïndividualiseerde distributievorm zoals een medicatierol of weekcassette voor u noodzakelijk is om de bij deze prestatie ter hand gestelde geneesmiddelen verantwoord toe te kunnen dienen, volgens de geldende apothekers richtlijn Geïndividualiseerde Distributievorm voor deze prestatie. Dit moet zijn gebleken uit overleg tussen voorschrijver, apotheker en verzekerde; 2 de geleverde zorg voldoet aan de apothekers richtlijn Geïndividualiseerde Distributievorm die geldt 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.	

7.4 Instructie patiënt UR-geneesmiddel- gerelateerd hulpmiddel

Verzekerde zorg	Ja, maximaal 1 instructie per jaar per hulpmiddel, behalve in de situatie van geconstateerd foutief gebruik, dan wordt een extra instructie vergoed.
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 UR- geneesmiddel' (zie 7.1).

7.5 Medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik

Verzekerde zorg	Ja, maximaal één keer per jaar
Aanvullende voorwaarden voor vergoeding	U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de prestatie 'Medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik', 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".
UR-geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die alleen vergoed worden als er een recept voor is afgegeven (UR staat voor uitsluitend recept). 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 nhg.org, de website van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).	
N.B. In 2020 is deze farmaceutische zorgprestatie door ons vrijgesteld van doorbelasting in eigen risico ² .	
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.	

7.6 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 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 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.	

7.7 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 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 richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' door de verantwoordelijke zorgverlener zijn vastgelegd in het digitale patiëntendossier.
U vindt de geldende 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.	

7.8 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 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 richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' door de verantwoordelijke zorgverlener zijn vastgelegd in het digitale patiëntendossier.
U vindt de geldende 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.	

7.9 Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroep

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

7.10 Advies farmaceutische zelfzorg

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

7.11 Advies gebruik uitsluitend recept geneesmiddelen tijdens reis

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

7.12 Advies ziekterisico bij reizen

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

7.13 Onderlinge dienstverlening

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

7.14 Facultatieve zorgprestaties

Verzekerde zorg	Ja, wanneer de betreffende prestatie door ons gecontracteerd is.
------------------------	--

Op de website van uw Zorgverzekeraar vindt u een overzicht van de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld voor de 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, dan wel de kleinste afleververpakking wanneer die meer bevat dan voor 15 dagen, indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
- 1 maand, indien de kosten per geneesmiddel per maand meer dan € 1.000,- bedragen gedurende de instelperiode (eerste 6 maanden) na de eerste uitgifte;
- 3 maanden, bij chronisch gebruik van dure geneesmiddelen door goed ingestelde patiënten;
- 12 maanden, bij chronisch gebruik van dure geneesmiddelen door goed ingestelde patiënten. Uitzonderingen zijn door ons aangewezen geneesmiddelen die geschikt zijn om voor een langere periode af te leveren én de orale anticonceptiva. Deze middelen kunnen in voorkomende gevallen voor langer dan 3 maanden tot maximaal een jaar worden verstrekt;
- 15 dagen, bij geneesmiddelengebruik tijdens intensieve zorg thuis (farmaceutische zorg tijdens de palliatieve en terminale fase) tenzij er tussen professionals, zoals huisarts, wijkverpleegkundigen en apothekers(assistenten) specifieke afspraken zijn gemaakt.

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.

9.2 Afleveringen tijdens langdurig verblijf in het buitenland (vakantieregeling)

Alle afleveringen die niet vallen binnen de standaard vergoedingsperiode en afleverhoeveelheden (zie Art. 9.1) en waarbij de kosten van het geneesmiddel minder dan € 1.000,- per maand bedragen, mag de zorgaanbieder voor maximaal 6 maanden afleveren en bij ons declareren. Op het recept moet staan dat het gaat om een vakantielevering en het mag niet gaan om een weekterhandstelling.

Bij alle afleveringen die niet vallen binnen de standaard vergoedingsperiode en afleverhoeveelheden (zie Art. 9.1) en waarbij de kosten van het geneesmiddel méér dan € 1.000,- per maand bedragen of waar het gaat om een weekterhandstelling, geven wij uitsluitend na machtiging toestemming voor vergoeding voor maximaal 6 maanden.

In de aanvraag moet het volgende vermeld staan:

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

Uw Zorgverzekeraar geeft voor afleveringen van geneesmiddelen die vallen buiten de standaard vergoedingsperiode en afleverhoeveelheden (zie art 9.1) en voor een langere periode dan 6 maanden geen toestemming.

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 blijkt 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.