

Farmaceutische Zorg 2007

Zorgverzekeraar DSW

In deze brochure

Reglement



ZORGVERZEKERAAR
DSW

Reglement Farmaceutische Zorg 2007

1. Algemeen

Dit reglement betreft een uitwerking van het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering voor wat betreft de farmaceutische zorg, zoals die geldt vanaf 1 januari 2007. De Minister van Volksgezondheid heeft in het algemeen bepaald welke farmaceutische zorg onder welke voorwaarden en bij welke medische indicaties voor verstrekking in aanmerking komen. Daarbij is aan de zorgverzekeraars overgelaten om nadere voorwaarden met betrekking tot de toegang tot de farmaceutische zorg vast te stellen. Zorgverzekeraar DSW heeft zijn nadere voorwaarden in dit reglement vastgelegd. Dit reglement maakt onderdeel uit van de polisvoorwaarden.

2. Definities

Regeling: de Regeling Zorgverzekering (Regeling van 1 september 2005, gepubliceerd in de Staatscourant 2005, nr. 171 op 5 september 2005) zoals deze thans luidt dan wel in de toekomst zal komen te luiden.

3. Toestemming

Daar waar in dit reglement toestemming wordt vereist, geldt de volgende procedure:

- a. Het verzoek om toestemming dient altijd tijdig en vooraf door of namens de verzekerde te worden ingediend.
- b. Het verzoek om toestemming gaat vergezeld van een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de behandelend arts.
- c. Bij de toestemming kan de verzekeraar bepalen voor welke termijn deze toestemming geldt.

4. Afleverhoeveelheden

Per voorschrift worden niet meer geneesmiddelen afgeleverd c.q. worden de kosten van aflevering maximaal vergoed voor een periode van:

- a. 15 dagen, indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
- b. 15 dagen indien het een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie betreft;
- c. ten hoogste 3 maanden indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, met uitzondering van hypnotica en anxiolytica;
- d. ten hoogste één jaar indien het orale anticonceptiva betreft voor verzekerden onder de 21 jaar;
- e. ten hoogste één maand in overige gevallen.

5. Specifieke bepalingen voor geneesmiddelen

5.1 Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen

- a. Op onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Het GVS houdt in het indelen van geneesmiddelen in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen volgens bepaalde criteria. Per GVS-groep is een vergoedingslimiet berekend. Is de werkelijke prijs van het geneesmiddel hoger dan de vergoedingslimiet, dan betaalt de verzekerde het verschil bij. Een eigen bijdrage wordt ook betaald voor zover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd. De eigen bijdrage is verschuldigd aan degene die het geneesmiddel aflevert: de apotheker of de apothekhoudende huisarts.
- b. De lijst met onderling vervangbare geneesmiddelen is opgenomen in bijlage 1a van de Regeling.

5.2 Niet-onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen

- a. Naast onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen, heeft de verzekerde aanspraak op niet-onderling vervangbare (unieke) geneesmiddelen. De niet-onderling vervangbare geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die door verschillen in eigenschappen niet met andere geneesmiddelen geclusterd kunnen worden: de zogenoemde unieke geneesmiddelen.
- b. De lijst met niet-onderling vervangbare geneesmiddelen is opgenomen in bijlage 1b van de Regeling.
- c. Voor de niet-onderling vervangbare (unieke) geneesmiddelen geldt een volledige vergoeding.

5.3 Andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd

Het betreft hier de ongeregistreerde geneesmiddelen die op grond van artikel 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten (BBA) met toestemming van de hoofdinspecteur worden geïmporteerd en de ongeregistreerde geneesmiddelen die door de apotheker zelf worden bereid.

a. Artikel 54 en 55 BBA geneesmiddelen

In het Besluit Zorgverzekering zijn deze geneesmiddelen uitgesloten van de aanspraak, tenzij het gaat om de behandeling van een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op 150.000 inwoners. Bij deze kleine patiënten-aantallen kan van een fabrikant niet worden gevergd dat hij de betreffende geneesmiddelen in Nederland laat registreren. Omdat deze geïmporteerde ongeregistreerde geneesmiddelen wel van groot therapeutisch belang kun-

nen zijn, is er aanspraak op de aflevering van deze geneesmiddelen voor deze zeer beperkte patiëntenpopulaties. Wel moet ook bij deze geneesmiddelen sprake zijn van rationele farmacotherapie.

b. **Apotheekbereidingen**

Ook de aanspraak op apothekbereidingen is beperkt. Op de eerste plaats zijn de apothekbereidingen die nagenoeg gelijk zijn aan enig niet door de minister aangewezen geregistreerd geneesmiddel uitgesloten van de aanspraak. Daarnaast bestaat op apothekbereidingen alleen aanspraak als die bereidingen zijn aan te merken als rationele farmacotherapie. Dit wil zeggen een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit bij wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering onderscheidenlijk de verzekerde.

c. **Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de middelen genoemd onder a is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. De middelen waarvan thans bekend is dat zij vallen onder artikel 54 en 55 BBA staan vermeld in bijlage 1 van dit Reglement.**

5.4 **Zelfzorggeneesmiddelen voor chronisch gebruik**

Voor zelfzorgmiddelen als bedoeld onder nummer 36 van bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering gelden de volgende voorwaarden:

- a. Op het voorschrift van de behandelend arts dient aangegeven te zijn dat een verzekerde langer dan zes maanden op het betreffende middel is aangewezen en dat het is voorgeschreven ter behandeling van een chronische aandoening. In deze gevallen wordt de aanduiding 'C.G.' gebruikt. De apotheek dient hiervan op de nota melding te maken.
- b. De eerste 15 dagen komen de kosten voor rekening van de verzekerde.

5.5 **Nadere voorwaarden waaronder bepaalde geneesmiddelen worden verstrekt**

Een geneesmiddel dat op Bijlage 2 behorend bij de Regeling Zorgverzekering is geplaatst, mag alleen worden verstrekt wanneer aan bepaalde (wettelijke) indicatievoorwaarden is voldaan. Deze wettelijke voorwaarden zijn opgenomen in Bijlage 2 van de Regeling Zorgverzekering. Bijlage 2 kan gedurende het jaar wijzigen en is opvraagbaar bij Zorgverzekeraar DSW. Voor bepaalde geneesmiddelen van deze Bijlage 2 is voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar DSW vereist. Deze geneesmiddelen staan vermeld op bijlage 2 van dit reglement. Voor geneesmiddelen die gedurende het jaar worden toegevoegd aan Bijlage 2 van de Regeling Zorgverzekering geldt eveneens een toestemmingsvereiste.

Voor een aantal geneesmiddelen kan de apotheker middels landelijk ontwikkelde protocollen beoordelen of de patiënt recht heeft op vergoeding van het betreffende middel. Dit is weergegeven op bijlage 2 van het reglement. De verzekerde dient het door de (huis)arts ingevulde formulier tegelijk met het recept bij de apotheek in. Indien de verzekerde (uit privacyoverwegingen) dit formulier niet in de apotheek wil aanbieden, kan hij dit formulier ook rechtstreeks naar de zorgverzekeraar (laten) sturen of faxen. De beoordeling vindt dan plaats door de zorgverzekeraar.

6. **Specifieke bepalingen voor dieetpreparaten**

6.1 **Voeding algemeen**

Indien is voldaan aan de voorwaarden van artikel 33, lid 4 van de polisvoorwaarden wordt toestemming gegeven voor ten hoogste drie maanden, tenzij hieronder anders is bepaald. Deze termijn kan worden verlengd. Het dieetpreparaat dient te zijn aangevraagd door een specialist of huisarts.

6.2 **Voeding bij koemelkallergie**

Er wordt toestemming gegeven voor zes maanden (tot uiterlijk de leeftijd van 12 maanden) vanaf de datum van ondertekening door de arts, indien aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- Het dieetpreparaat is aangevraagd door een consultatiebureau-arts, kinderarts of huisarts.
- Uit de aanvraag blijkt dat het gaat om een ernstige koemelkallergie, aannemelijk gemaakt door het hierbij passende specifieke klachtenpatroon.
- Uit de aanvraag blijkt dat de diagnose is gesteld volgens de Landelijke Standaard voor de diagnose van voedselovergevoeligheid bij zuigelingen op het consultatiebureau (eliminatie- en provocatiedieet). Zolang de diagnose 'ernstige voedselallergie (koemelkallergie)' nog niet is gesteld volgens de betreffende standaard (provocatietest), wordt het dieetpreparaat niet ten laste van de zorgverzekering afgeleverd. Wanneer er binnen de looptijd van de machtiging wordt overgegaan op een andere voeding dan mag de machtiging door de betreffende arts worden aangepast zonder nieuwe aanvraag. Dit mag tot de einddatum van de machtiging.

Aan de verlenging van de machtiging worden de volgende voorwaarden gesteld:

- a. Eerste verlenging van de machtiging (niet van toepassing indien de eerste verstrekking reeds is afgegeven tot de leeftijd van 12 maanden. In dat geval dient een tweede verlenging zoals onder b. te worden aangevraagd.):
 - Uit de aanvraag blijkt duidelijk dat er recent nog is geprovoceerd en dat de allergie nog steeds aanwezig is.
 - De machtiging wordt tot de leeftijd van 12 maanden verlengd.
- b. Tweede verlenging van de machtiging:
 - Uit de aanvraag blijkt duidelijk dat er recent nog is geprovoceerd en dat de allergie nog steeds aanwezig is.
 - De machtiging wordt tot de leeftijd van 18 maanden verlengd.
- c. Derde verlenging van de machtiging:
 - De aanvraag gaat vergezeld van een uitgebreide rapportage van een kinderarts. Deze aanvraag wordt door de adviseur beoordeeld.
 - De machtiging wordt tot de leeftijd van 24 maanden verlengd.

6.3 Voeding bij COPD

Er wordt toestemming gegeven voor drie maanden, indien aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- Het dieetpreparaat moet worden aangevraagd door een specialist.
- Er wordt tegelijkertijd een conditieverbeteringsprogramma gevolgd.
- Er moet sprake zijn van een ernstige COPD met een BMI kleiner of gelijk aan 20.
- Indien sprake is van een BMI tussen de 20 en 25 wordt er een machtiging afgegeven voor drie maanden, indien voldaan is aan één of beide van de volgende voorwaarde:
 - a. Ongewenst gewichtsverlies (> 5% in 1 maand of > 10% in 6 maanden)
 - b. Te lage vetvrije massa (VVMi < 16 bij mannen of < 15 bij vrouwen)

Een verlenging moet opnieuw aangevraagd worden. Uit de verlengingsaanvraag moet duidelijk blijken wat het effect van de voedingstherapie is.

6.4 Voeding voor prematuur of dysmatuur geboren zuigelingen

Er wordt toestemming gegeven voor maximaal twee maanden, indien is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- Het dieetpreparaat is aangevraagd door een kinderarts.
- Het geboortegewicht en het ontslaggewicht zijn vermeld.
- Er is sprake van een prematuur of dysmatuur geboren zuigeling, die voldoet aan voorwaarden van artikel 33 lid 4 van de polisvoorwaarden.
- Het gewicht is lager is dan 3500 gram.

De genoemde termijn van twee maanden kan telkens worden verlengd met twee maanden totdat een gewicht van 3500 gram is bereikt.

Bijlage 1

Voor onderstaande geneesmiddelen gelden de voorwaarden zoals zijn vermeld in het overzicht van de door de CFH beoordeelde niet-geregistreerde geneesmiddelen en indicaties en is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist:

- Diaminopyridine
- Fos Fore® Sandoz tabletten
- L-dops
- Chloormethine (Mustine®)
- Fenyloboterzuur (Ammonaps®)
- Natriumstibogluconaat (Pentostam®)
- NTBC (2(2nitro-4-trifluoromethylbenzoyl)-1,3 cyclohexanedione)
- Oxandrolon
- Paromomycinsulfaat (Humatin®)
- Probucol
- Pyridostigmine als retardpreparaat (Mestinon® Retard)
- Sulthiame (Ospolot®)
- Testolactone (Teslac®)
- Tetrabenazine (Nitoman®)
- Tetrahydrobiopterine
- Tiabendazol
- Tiopronin (Captimer®)
- Tranylcypromine (Parnate®)
- Fenelzine (Nardil®)

Bijlage 2

Voor onderstaande geneesmiddelen gelden de nadere voorwaarden zoals vermeld in de Regeling Zorgverzekering en is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist:

- Acetylcysteine (o.a. Fluimucil®, Mucomyst®)*
- Bosentan (o.a. Tracleer®)*
- Clopidogrel (o.a. Plavix®)
- Epoprostenol (o.a. Flolan®)
- Erythroetine en analoga (o.a. Eprex®, Neorecormon®)*
- Galantamine (o.a. Reminyl®)*
- G(M)-CSF (o.a. Neupogen®, Neulasta®)*
- Groeihormonen (o.a. Somatropine®, Genotropin®, Humatrope®)
- Imiquimod (o.a. Aldara®)*
- IVF geneesmiddelen (o.a. Clomifeen®)
- Memantine (o.a. Ebixa®)*
- Mycofenolaat-mofetil (o.a. Cellcept®)*
- Mycofenolzuur (o.a. Myfortic®)*
- Palivizumab (o.a. Synagis®)*
- R-DNA interferon (o.a. Intron®, Avonex®, Roferon®, Intron®, Rebif®, Betaferon®)*
- Rivastigmine (o.a. Exelon®)*
- Sildenafil (o.a. Revatio®)*
- TNF-a blokkerende middelen
- Adalimumab (o.a. Humira®)
- Anakinra (o.a. Kineret®)
- Efalizumab (o.a. Raptiva®)
- Etanercept (o.a. Enbrel®)

* Voor deze middelen kan de apotheker middels landelijk ontwikkelde richtlijnen en protocollen beoordelen of de patiënt recht heeft op vergoeding van het betreffende middel.