

Reglement Farmaceutische zorg Zorgverzekeraar DSW 2008

1. Algemeen

Dit reglement betreft een uitwerking van de polisvoorwaarden van Zorgverzekeraar DSW voor wat betreft de farmaceutische zorg, zoals dat geldt vanaf 1 januari 2008. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 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, Staatscourant 2005, nr. 171 en 203) 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. Hoeveelheden ter handstelling

Per voorschrift worden niet meer geneesmiddelen ter handgesteld c.q. worden de kosten van ter handstelling 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;
- 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 geneesmiddelenvergoedingsstelsel (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 ter handstelt: de apotheker of de apotheekhoudende 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, mits het rationele farmacotherapie betreft*

Het betreft hier geneesmiddelen waarvoor geen handelsvergunning is verleend, maar die toch op grond van de Geneesmiddelenwet mogen worden verhandeld en aan de patiënt ter hand worden gesteld. Uitgaande van de eis dat het om rationele therapie gaat, vallen onder deze omschrijving in de eerste plaats de eigen bereidingen van de apotheker (artikel 40, lid 3, onderdeel a. van de Geneesmiddelenwet); voorts vallen daaronder geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet.

- a. Apothekbereidingen (artikel 40, derde lid, onderdeel a. van de Geneesmiddelenwet).
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.
- b. Geneesmiddelen bedoeld in artikel 40, derde lid onderdeel c. van de Geneesmiddelenwet
Het gaat hierbij om twee categorieën. De eerste categorie betreft geneesmiddelen die niet in de handel zijn en ook niet als apothekbereiding verkrijgbaar zijn, maar waaraan wel behoefte bestaat. Deze worden daarom door een fabrikant in Nederland speciaal gemaakt voor de betrokken patiënten op een gespecificeerd verzoek van hun arts. De tweede categorie betreft geneesmiddelen die in Nederland niet in de handel zijn maar wel in een ander land. De reden daarvan is meestal dat het om patiënten met een zeldzame ziekte gaat, waarvan er in Nederland te weinig zijn om het desbetreffende geneesmiddel op een rendabele manier te bereiden en af te leveren in Nederland. Ten behoeve van deze patiënten is het toegestaan dat een dergelijk geneesmiddel op een gespecificeerd verzoek van hun arts uit een andere lidstaat wordt betrokken dan wel uit een derde land wordt ingevoerd. Het gaat hier om een ziekte waaraan in Nederland niet meer dan 1 op de 150.000 inwoners lijden. Wel moet ook bij deze geneesmiddelen sprake zijn van rationele farmacotherapie.
- c. Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de middelen genoemd onder b is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. De middelen waarvan thans bekend is dat zij vallen onder artikel 40, derde lid, onderdeel c. van de Geneesmiddelenwet staan vermeld in bijlage 1 van dit Reglement. Omdat gedurende het jaar geneesmiddelen hieraan kunnen worden toegevoegd is de bijlage geen volledige lijst van de aanspraken op geïmporteerde geneesmiddelen zonder handelsvergunning.

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 apothek 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 op basis van een artsenverklaring beoordelen of de patiënt recht heeft op vergoeding van het betreffende middel. Dit is weergegeven op bijlage 2 van het reglement. De verzekerde dient de door de (huis)arts ingevulde verklaring tegelijk met het recept bij de apotheek in. Indien de verzekerde (uit privacyoverwegingen) deze artsenverklaring niet in de apotheek wil aanbieden, kan hij deze artsenverklaring ook rechtstreeks naar de zorgverzekeraar (laten) sturen of faxen. De beoordeling vindt dan plaats door de zorgverzekeraar.

Bijlage 1

Voor de geneesmiddelen die op grond van artikel 40, derde lid onder c ter hand mogen worden gesteld is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist:

- Diaminopyridine
- Fos Fore® Sandoz tabletten
- L-dops
- Chloormethine (Mustine®)
- Fenylboterzuur (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®)
- Fenzine (Nardil®)

Bijlage 2

Voor onderstaande geneesmiddelen gelden naast de in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering vermelde voorwaarden, de eis van voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar:

- Acetylcysteine (o.a. Flumucil®, Mucomyst®) *
- Bupropion *
- Bosentan (o.a. Tracleer®) *
- Clopidogrel (o.a. Plavix®)
- Dieetpreparaten *
- Epoprostenol (o.a. Flolan®)
- Erythropoëetine en analoga, Darbepoëetine (o.a. Aranesp®, Eprex®, Neorecormon®) *
- G(M)-CSF (o.a. Neupogen®, Neulasta®) *
- Groeihormonen (o.a. Somatropine®, Genotropin®, Humatrope®)
- Insuline voor inhalatie *
- Interferon alfa (o.a. Intron A ®, Roferon A ®) *
- Rosiglitazon/Pioglitazon *
- Sildenafil (o.a. Revatio®) *
- Sitaxentan *
- Infliximab (o.a. Remicade ®)
- Adalimumab (o.a. Humira®)
- Anakinra (o.a. Kineret®)
- Efalizumab (o.a. Raptiva®)
- Etanercept (o.a. Enbrel®)

* Voor deze middelen kan de apotheker aan de hand van een artsenverklaring beoordelen of de patiënt recht heeft op vergoeding van het betreffende middel.