

Reglement Farmaceutische zorg 2011

Algemeen

Bepalingen voor geneesmiddelen

Aanspraak	Artikel 1
Afleverhoeveelheden	Artikel 2
Zelfzorggeneesmiddelen voor chronisch gebruik	Artikel 3
Toestemming geneesmiddelen	Artikel 4

Bepalingen voor dieetpreparaten

Toestemming dieetpreparaten	Artikel 5
Dieetpreparaten bij koemelkallergie	Artikel 6
Dieetpreparaten bij COPD	Artikel 7
Dieetpreparaten bij vroeggeboorte	Artikel 8

Reglement Farmaceutische zorg 2011

Algemeen

Het Reglement Farmaceutische zorg is een uitwerking van artikel 18 van Deel B van de Basisverzekering met de aanspraken op vergoeding van kosten van farmaceutische zorg. Dit reglement maakt onderdeel uit van de polisvoorwaarden van de Basisverzekering.

Bepalingen voor geneesmiddelen

Artikel 1 Aanspraak

Als uitwerking van de polisvoorwaarden worden, als geneesmiddelen waarop een aanspraak bestaat, aangewezen alle geneesmiddelen genoemd in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering.

Artikel 2 Afleverhoeveelheden

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van een geneesmiddel voor:

- a. 15 dagen, bij een voor u nieuwe medicatie;
- b. 15 dagen, bij een geneesmiddel ter bestrijding van een acute aandoening met antibiotica of chemotherapie;
- c. maximaal 3 maanden, bij een geneesmiddel ter behandeling van een chronische ziekte, met uitzondering van hypnotica en anxiolytica;
- d. maximaal één jaar, bij orale anticonceptiva;
- e. maximaal één maand in overige gevallen.

Artikel 3 Zelfzorggeneesmiddelen voor chronisch gebruik

lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zelfzorggeneesmiddelen alleen als sprake is van laxantia, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen ter bescherming van de ogen tegen uitdroging en maagledigingsmiddelen en andere geneesmiddelen met eenzelfde werkzaam bestanddeel en in dezelfde toedieningsvorm.

Voor vergoeding van deze geneesmiddelen geldt dat de behandelend arts op het herhaalrecept moet aangeven dat u langer dan zes maanden op het middel bent aangewezen en dat het is voorgeschreven voor behandeling van een chronische aandoening. Hiervoor wordt de aanduiding "C.G." gebruikt. De apotheek dient dit op de nota te vermelden.

lid 2 De kosten van het gebruik gedurende de eerste 15 dagen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 4 Toestemming geneesmiddelen

Lid 1 Daar waar in dit reglement toestemming is vereist, geldt dat:

1. een verzoek om toestemming altijd tijdig en vooraf moet worden ingediend;
2. een verzoek om toestemming is voorzien van een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de behandelend arts;
3. de zorgverzekeraar bij toestemming kan bepalen voor welke termijn deze toestemming geldt.

Lid 2 Voor vergoeding van de middelen als bedoeld in artikel 18, lid 1 onder 2b en 2c van deel B van de Basisverzekering is toestemming vooraf van de zorgverzekeraar vereist.

Lid 3 Voor een aantal geneesmiddelen op Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering verloopt de toestemming via de apotheek. U dient het door de (huis)arts of medisch-specialist ingevulde formulier tegelijk met het recept in bij de apotheek. De apotheker beoordeelt of aanspraak bestaat op vergoeding.

Als u (uit privacy-overwegingen) dit formulier niet in de apotheek wilt aanbieden, kunt u het rechtstreeks naar de zorgverzekeraar sturen, ter attentie van de medisch adviseur. Deze beoordeelt het dan.

De toestemmingsprocedure via de apotheek is van toepassing bij:

- alglucerase
- adalimumab
- ambrisentan
- anakinra
- bortezomib
- bosentan
- bupropion
- certolizumab pegol
- dabigatran
- darbepoetine alfa
- dieetpreparaten
- dornase alfa
- erythropoëetine en analoga
- etanercept
- exenatide
- golimumab
- imiglucerase
- interferon alfa
- ivabradine - lenalidomide - mecasermine
- liraglutide
- miglustat
- recombinant granulocyt-(macrofaag-)koloniestimulerende factor
- rivaroxaban
- romiplostim
- sildenafil
- sitaxentan
- somatropine voor volwassenen
- sorafenib
- sunitinib
- teriparatide
- topotecan capsule
- ustekinumab

lid 4 Voor een aantal andere geneesmiddelen op Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering verloopt de toestemming via de zorgverzekeraar. U dient de schriftelijke verklaring van de (huis)arts of medisch-specialist in bij de zorgverzekeraar.

De toestemmingsprocedure via de zorgverzekeraar is van toepassing bij:

- clopidogrel
- epoprostenol
- ezetimibe
- iloprost voor inhalatie
- infliximab
- prasurgel
- somatropine voor kinderen
- treprostinil subcutaan

Bepalingen voor dieetpreparaten

Artikel 5 Toestemming dieetpreparaten

Voor dieetpreparaten verloopt de toestemming via de apotheek. U dient het door de huisarts of medisch-specialist ingevulde formulier tegelijk met het recept in bij de apotheek. De apotheker beoordeelt of aanspraak bestaat op vergoeding.

Als u (uit privacy-overwegingen) dit formulier niet in de apotheek wilt aanbieden, kunt u het rechtstreeks naar de zorgverzekeraar sturen, ter attentie van de medisch adviseur. Deze beoordeelt het dan.

Artikel 6 Dieetpreparaten bij koemelkallergie

Voor toestemming geldt dat:

- het dieetpreparaat is aangevraagd door een kinderarts of huisarts;
- uit de aanvraag blijkt dat de diagnose ernstige koemelkallergie is gesteld volgens de 'Landelijke Standaard voor de diagnose en de behandeling van voedselovergevoeligheid bij zuigelingen op het consultatiebureau' (eliminatie- en provocatiedieet) van het Landelijk Informatiecentrum (LIVO) of een daarop gebaseerde (huis)artsenstandaard. Daarbij moet in ieder geval een provocatietest zijn uitgevoerd.

Artikel 7 Dieetpreparaten bij COPD

lid 1 Voor toestemming geldt dat:

- het dieetpreparaat is aangevraagd door een medisch-specialist;
- bij een BMI kleiner of gelijk aan 20 kg/m^2 sprake is van COPD;
- bij een BMI tussen de 20 en 25 kg/m^2 sprake is van:
 - a. ongewenst gewichtsverlies ($> 5\%$ in 1 maand of $> 10\%$ in 6 maanden), of
 - b. te lage vetvrije massa (VVMI < 16 bij mannen of < 15 bij vrouwen).

lid 2 De zorgverzekeraar verleent toestemming voor maximaal drie maanden. Verlenging moet u opnieuw aanvragen. Uit de verlengingsaanvraag moet duidelijk blijken wat het effect van de voedingstherapie is.

Artikel 8 Dieetpreparaten bij vroeggeboorte

lid 1 Voor toestemming geldt dat:

- het dieetpreparaat is aangevraagd door een kinderarts;
- het geboortegewicht en het ontslaggewicht zijn vermeld;
- de indicatie betreft prematuriteit of dysmaturiteit die leidt tot de aandoeningen vermeld in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering;
- het gewicht lager is dan 3500 gram.

lid 2 De zorgverzekeraar verleent toestemming voor maximaal twee maanden. Deze termijn kan telkens worden verlengd met twee maanden totdat het gewicht van 3500 gram is bereikt.