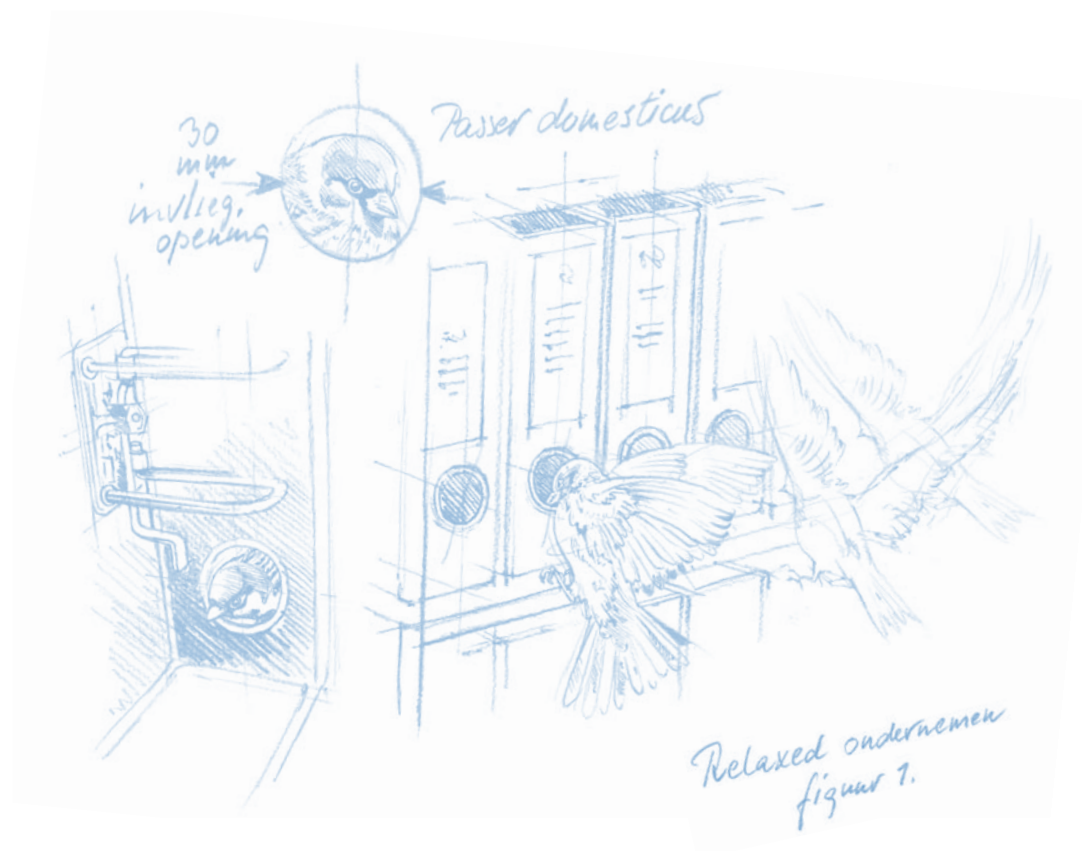


ONDERNEMEN
WORDT EEN
STUK RELAXTER
MET...
**REGLEMENT
FARMACEUTISCHE ZORG
DE AMERSFOORTSE 2011**





REGLEMENT FARMACEUTISCHE ZORG DE AMERSFOORTSE 2011

1. Algemeen

Dit reglement is een uitwerking van de modelovereenkomst van de Basisverzekering Uitgebreid en de Basisverzekering Optimaal welke weer een uitwerking betreft van het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering voor wat betreft de farmaceutische zorg, zoals die geldt vanaf 1 januari 2011. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in het algemeen bepaald welke farmaceutische zorg onder welke voorwaarden en bij welke medische indicaties voor vergoeding c.q. verstrekking in aanmerking komt. Daarbij is aan de zorgverzekeraars overgelaten om nadere voorwaarden met betrekking tot de toegang tot de farmaceutische zorg vast te stellen. De Zorgverzekeraar heeft zijn nadere voorwaarden in dit reglement vastgelegd. Dit reglement maakt onderdeel uit van de polisvoorwaarden.

2. Definities

Regeling: De Regeling zorgverzekering zoals deze thans luidt dan wel in 2011 zal komen te luiden.

3. Toestemming

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

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

4. Hoeveelheden ter handstelling

Per voorschrift worden de kosten van ter handgestelde geneesmiddelen maximaal vergoed voor een periode van:

- 15 dagen, indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;

- 15 dagen indien het antibiotica of chemotherapeutica betreft ter bestrijding van een acute aandoening;
- ten hoogste 3 maanden indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, met uitzondering van hypnotica en anxiolytica;
- ten hoogste één jaar indien het orale anticonceptiva betreft voor verzekerden onder de 21 jaar, Voor de eerste keer orale anticonceptiva is dit ten hoogste drie maanden;
- ten hoogste één maand in overige gevallen.

5. Plaats van toediening

De geneesmiddelen epoprostenol (oa Flolan®), iloprost voor inhalatie (oa Ventavis®), treprostinil subcutaan (oa Remodulin®) mogen alleen in het ziekenhuis worden toegediend en/of ter hand worden gesteld. Als deze geneesmiddelen door een apotheek worden geleverd, dient hiervoor toestemming te worden gegeven.

Voorwaarde voor toediening in de thuissituatie:

Er is een medische noodzaak voor toediening thuis of regelmatige toediening in het ziekenhuis is niet mogelijk vanwege een afstand van 30 km of meer tussen woonplaats en ziekenhuis;

Het geneesmiddel kan op een verantwoorde manier in de thuissituatie worden toegediend.

6. Specifieke bepalingen voor geneesmiddelen

6.1 Eigen bijdrage

Op geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Het GVS deelt de geneesmiddelen in groepen 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 hand stelt: de apotheker of de apothekhoudende huisarts, tenzij De Amersfoortse anders bepaalt.

6.2 Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen

- De lijst met onderling vervangbare geneesmiddelen is opgenomen in bijlage 1a van de Regeling zorgverzekering.

- b. De zorgverzekeraar heeft alle geneesmiddelen aangewezen als bedoeld in artikel 2.5 van de Regeling zorgverzekering.

6.3 Niet-onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen

- a. Naast onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen, heeft de verzekerde aanspraak op niet-onderling vervangbare geneesmiddelen. De niet-onderling vervangbare geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die door verschillen in eigenschappen niet met andere geneesmiddelen geclusterd kunnen worden.
- b. De lijst met niet-onderling vervangbare geneesmiddelen is opgenomen in bijlage 1b van de Regeling zorgverzekering.
- c. Voor de niet-onderling vervangbare geneesmiddelen geldt een volledige vergoeding.
- d. De zorgverzekeraar heeft alle geneesmiddelen aangewezen als bedoeld in artikel 2.5 van de Regeling zorgverzekering.

6.4 Andere geneesmiddelen, mits het rationele farmacotherapie betreft

Uitgaande van de eis dat het om rationele therapie gaat, vallen hieronder 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. Apotheekbereidingen (artikel 40, derde lid, onderdeel a. van de Geneesmiddelenwet). Ook de aanspraak op apotheekbereidingen is beperkt. Op de eerste plaats zijn de apotheekbereidingen die gelijk of nagenoeg gelijk zijn aan enig niet door de minister aangewezen geregistreerd geneesmiddel uitgesloten van de aanspraak. Daarnaast bestaat op apotheekbereidingen 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 apotheekbereiding 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 die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners. Wel moet ook bij deze geneesmiddelen sprake zijn van rationele farmacotherapie. Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de middelen genoemd onder b is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist.

6.5 Zelfzorggeneesmiddelen voor chronisch gebruik

Voor de volgende zelfzorgmiddelen: laxeremiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, geneesmiddelen tegen diarree en maagontledigingsgeneesmiddelen en geneesmiddelen ter bescherming van de ogen tegen uitdroging, zoals bedoeld onder nummer 35 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 verzekerde.

6.6 Nadere voorwaarden waaronder bepaalde geneesmiddelen worden vergoed c.q. verstrekt

- a. Een geneesmiddel dat op Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering is geplaatst, mag alleen worden vergoed c.q. verstrekt wanneer aan bepaalde (wettelijke) indicatievoorwaarden is voldaan. Deze (wettelijke) indicatievoorwaarden zijn opgenomen in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Voor deze geneesmiddelen van de Bijlage 2 is voorafgaande toestemming van de Zorgverzekeraar vereist. Bijlage 2

van de Regeling zorgverzekering kan gedurende het jaar door de Minister worden gewijzigd en is opvraagbaar bij de Zorgverzekeraar. Voor geneesmiddelen die gedurende het jaar worden toegevoegd aan Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering geldt eveneens een toestemmingsvereiste. De voorwaarden staan vermeld op www.wetten.nl, zorgverzekeringwet, Regeling zorgverzekering, Bijlage 2 horende bij artikel 2.5. Via www.znformulieren.nl zijn deze wijzigingen ook te vinden.

- b. Voor het merendeel van deze geneesmiddelen kan de apotheker middels landelijk ontwikkelde protocollen via een artsverklaring en de apothekersinstructie beoordelen of de verzekerde recht heeft op vergoeding van het betreffende middel. Deze geneesmiddelen staan vermeld in de geneesmiddelenlijst van dit reglement. De verzekerde dient de door de voorschrijvend arts ingevulde artsverklaring (beschikbaar via www.znformulieren.nl) tegelijk met het recept bij de apotheek in: dit bevordert een snelle afhandeling van de aanvraag. Indien de verzekerde (uit privacyoverwegingen) de artsverklaring niet in de apotheek wil aanbieden, kan hij de artsverklaring ook rechtstreeks naar de Zorgverzekeraar (laten) sturen of faxen.

7. Specifieke bepalingen voor dieetpreparaten

7.1 Voeding algemeen

Het betreffen polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. Indien is voldaan aan de voorwaarden van artikel 18.6 lid 3 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 huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts of medisch-specialist, zoals bijvoorbeeld een kinderarts of longarts.

7.2 Voeding bij koemelkallergie

Er wordt toestemming gegeven voor zes maanden (tot uiterlijk de leeftijd van 24 maanden) vanaf de datum van ondertekening door de arts, indien aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- Het dieetpreparaat is aangevraagd door een jeugdarts, kinderarts of huisarts.
- Uit de aanvraag blijkt dat het gaat om een ernstige koemelkallergie.

- 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, dan wel komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Wanneer er binnen de looptijd van de machtiging wordt overgegaan op een andere voeding dan is de machtiging ook geldig voor deze andere voeding 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 medisch adviseur beoordeeld.
 - De machtiging wordt tot de leeftijd van 24 maanden verlengd.

7.3 Voeding bij COPD (oa Respifor®)

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

- Het dieetpreparaat moet worden aangevraagd door een medisch specialist.
- Er wordt tegelijkertijd een conditieverbeteringsprogramma gevolgd.
- Er moet sprake zijn van een ernstige COPD

bij 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.

7.4 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 18.6 lid 3 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.

7.5 Landelijk ontwikkelde protocollen via artsenverklaring

Voor deze dieetpreparaten kan de apotheker middels landelijk ontwikkelde protocollen via een artsenverklaring (van de behandeld arts, medisch specialist of consultatiebureau arts) beoordelen of de verzekerde recht heeft op vergoeding van het betreffende middel. De verzekerde dient de door de voorschrijvend arts ingevulde artsenverklaring (beschikbaar via de website www.znformulieren.nl) tegelijk met het recept bij de apotheek in: dit bevordert een snelle afhandeling van de aanvraag. Indien de verzekerde (uit privacyoverwegingen) de artsenverklaring niet in de apotheek wil aanbieden, kan hij de artsenverklaring ook rechtstreeks naar de Zorgverzekeraar (laten) sturen of faxen.

Geneesmiddelenlijst

Voor de onderstaande geneesmiddelen geldt de procedure zoals vermeld in artikel 6.6. De bijbehorende (wettelijke) indicatievoorwaarden staan vermeld in Bijlage 2 van de Regeling Zorgverzekering. De nummers corresponderen met de onderdelen zoals vermeld in Bijlage 2 van de Regeling Zorgverzekering.

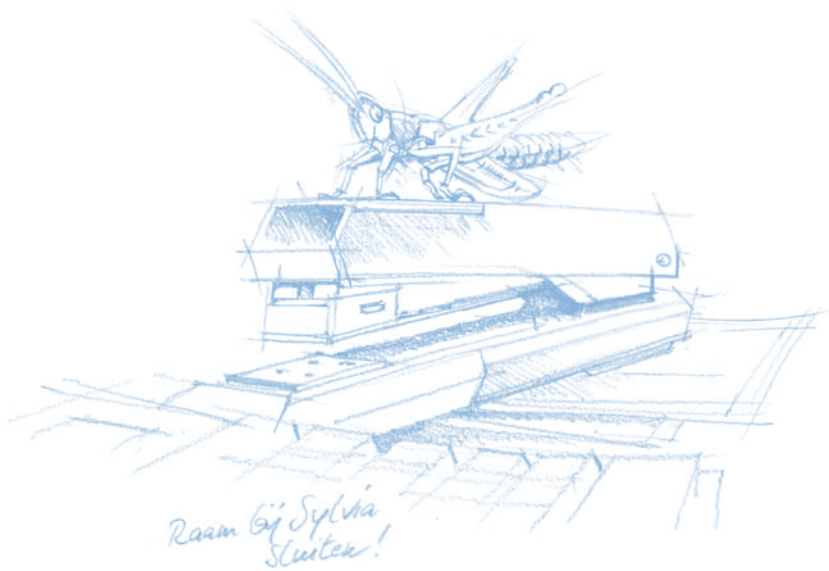
- adalimumab (oa Humira®) (33)
- ambrisentan (oa Volibris®) (28)
- anakinra (oa Kineret®) (27)
- atorvastatine (oa Lipitor®) (9)
- benzodiazepinereceptor-antagonist (oa Lorazepam®, Tranxene®, Oxazepam®, Seresta®) (57a)
- bortezomib (oa Velcade®) (52)
- bosentan (oa Tracleer®) (28)
- bupropion (oa Wellbutrin®) (47)
- certolizumab pegol (oa Cimzia®) (62)
- clopidogrel (oa Plavix®, Grepid®, Iscover®) (21)
- darbepoëtine alfa (oa Aranesp®) (27)
erythropoetine en analoga
- diazepam (oa Diazemuls®, Stesolid®) (57b)
- dornase alfa (oa Pulmozyme®) (59)
- epoetine alfa, beta of zeta (oa Eprex®, Neorecormon®, Retacrit®) (27)
erythropoetine en analoga
- epoprostenol (oa Flolan®)(28)**
- etanercept (oa Enbrel®) (22)
- exenatide (oa Byretta®) (58)
- ezetimibe (oa Ezetrol®) (9)
- fluvastatine (oa Lescol®) (9)
- golimumab (oa Simponi®) (63)
- iloprost voor inhalatie(oa Ventavis®) (28)**
- infliximab (oa Remicade®) (48)
- interferon alfa (oa Intron® , Roferon®) (27)
- imiglucerase (oa Cerezyme®) (13)
- ivabradine (oa Procoralan®) (50)
- lenalidomide (oa Revlimid®) (53)
- mecasermine (oa Increlex®) (54)
- miglustat (oa Zavesca®) (31)
- parathyroid hormoon (oa Preotact®) (45)
- pegfilgrastim, filgrastim (oa Neupogen®, Neulasta®) (11)
G(M)-CSF
- prasugrel (oa Efiect®) (21)
- romiplostim (oa Nplate®) (61)
- rosiglitason (oa Avaglim®, Avandia®, Avandamet®) (25)
- rosuvastatine (oa Crestor®) (9)
- sildenafil (oa Revatio®) (28)
- sitaxentan (oa Thelin®) (28)

- somatropine (oa Genotropin[®], Humatrope[®])* (7)
groeihormonen
- sorafenib (oa Nexavar[®]) (43)
- sunitinib (oa Sutent[®]) (44)
- teriparatide, (oa Forsteo[®]) (36)
- topotecan capsule (oa Hycamtin[®]) (56)
- treprostinil subcutaan (oa Remodulin[®])(28)**
- ustekinumab (oa Stelara[®]) (60)

* De indicatie van groeihormonen voor kinderen wordt door de Stichting Kind en Groei beoordeeld.

** De schriftelijke aanvraag van de longarts kan per fax (033) 464 29 44, post (Managed Care, Postbus 42, 3800 AA Amersfoort) of per e-mail (managed.care@amersfoortse.nl) worden verstuurd ter attentie van de Medisch Adviseur en onder vermelding van Medisch Geheim.





De Amersfoortse Verzekeringen
Stadsring 15
Postbus 42
3800 AA Amersfoort

T (033) 464 29 11
E info@amersfoortse.nl
I www.amersfoortse.nl