
REGLEMENT FARMACEUTISCHE ZORG

REGLEMENT FARMACEUTISCHE ZORG behorende bij de Zorg-op-maatpolis en de Zorgkeuzepolis

1. Inleiding

Dit reglement maakt onderdeel uit van de Polisvoorwaarden behorende bij de Zorg-op-maatpolis en de Polisvoorwaarden behorende bij de Zorgkeuzepolis. Ingevolge de Polisvoorwaarden behorende bij de Zorg-op-maatpolis heeft u aanspraak op de aflevering van geneesmiddelen. De Zorgkeuzepolis geeft u een aanspraak op vergoeding van de kosten. In dit reglement wordt daar waar over aanspraak wordt gesproken, steeds beide aanspraken bedoeld, tenzij uitdrukkelijk anders is vermeld. Welke aanspraak voor u concreet van toepassing is hangt af van de verzekering die u met ons heeft afgesloten.

In de "Regeling zorgverzekering", zoals gepubliceerd in de Staatscourant van 5 september 2005, 171 en laatstelijk gewijzigd en gepubliceerd in Staatscourant en zoals deze met ingang van 1 januari 2006 in werking is getreden, is aangegeven welke geneesmiddelen voor aflevering, dan wel voor vergoeding van de kosten in aanmerking kunnen komen. Vervolgens dienen zorgverzekeraars geneesmiddelen aan te wijzen waarop ingevolge de Polisvoorwaarden daadwerkelijk een aanspraak bestaat. Die aanwijzing is in dit reglement opgenomen. Dit reglement treedt op 1 januari 2007 in werking en kan door de zorgverzekeraar te allen tijde worden gewijzigd, op de wijze door de zorgverzekeraar, met inachtneming van het bepaalde bij of krachtens de Polisvoorwaarden, in zijn statuten en/of huishoudelijk reglement geregeld. Wijzigingen worden aan u schriftelijk kenbaar gemaakt. U kunt deze eveneens raadplegen op de website van de zorgverzekeraar.

Uw aanspraak op zorg volgt uit de Polisvoorwaarden. De voorwaarden genoemd in de Polisvoorwaarden gelden onverkort. Voorzover in dit reglement voorwaarden zijn gesteld gelden deze als nadere voorwaarden.

2 Rechten van de verzekerde

U heeft aanspraak op farmaceutische zorg conform dit reglement en met inachtneming van hetgeen in de Polisvoorwaarden is bepaald. Indien u een Zorg-op-maatpolis heeft en u ontvangt farmaceutische zorg van een zorgaanbieder waarmee wij daartoe geen overeenkomst hebben gesloten is het Restitutie Reglement behorende bij de Zorg-op-maatpolis eveneens van toepassing.

3 Aangewezen geneesmiddelen

Ingevolge de Polisvoorwaarden worden, als geneesmiddelen waarop een aanspraak bestaat aangewezen alle geneesmiddelen genoemd in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering.

REGLEMENT FARMACEUTISCHE ZORG

4 Nadere voorwaarden

1. Onverminderd het bepaalde in de Polisvoorwaarden geldt dat, indien een geneesmiddel, dat ingevolge artikel 3 van dit reglement door de zorgverzekeraar is aangewezen, behoort tot één van de in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering genoemde categorieën van geneesmiddelen, de farmaceutische zorg slechts de aanspraak op dat geneesmiddel omvat, indien voldaan is aan de bij die categorie vermelde criteria.
2. Aan het tot gelding brengen van de aanspraak op farmaceutische zorg zijn de navolgende nadere voorwaarden verbonden:
 - a. Voorafgaand aan het tot gelding brengen van de aanspraak op de in de bijlage van dit reglement genoemde geneesmiddelen is de schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar vereist.
 - b. Onverminderd het bepaalde in sub a is voorafgaand aan de verstrekking van een dieetpreparaat schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar vereist. De aanvraag voor een dieetpreparaat gaat vergezeld van een schriftelijke toelichting van de behandelend arts of diëtist. Wij kunnen de toestemming voor het door u of namens u verzochte dieetpreparaat verlenen voor een bepaalde tijd en onder voorwaarden. De aanvraag voor een specifiek dieetpreparaat kan worden afgewezen als blijkt dat u op dat specifieke dieetpreparaat redelijkerwijs niet bent aangewezen.
3. De schriftelijke toestemming als bedoeld in het tweede lid, is niet vereist, indien de apotheker, apotheekhoudend arts of leverancier op grond van de door de zorgverzekeraar verstrekte apotheekinstructies danwel afleverinstructie vaststelt, dat aan de voorwaarde voor vergoeding is voldaan.

5 Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS)

1. Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. De artikelen 2.39 tot en met 2.49 van de Regeling zorgverzekering gelden onverkort.
2. Het uitgangspunt van het GVS is dat de verzekerde een breed en kwalitatief goed geneesmiddelenpakket wordt geboden dat zonder bijbetaling voor de verzekerde beschikbaar is. Hoofdkenmerk van het GVS is dat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor aangewezen, geregistreerde en onderling vervangbare geneesmiddelen, die in groepen - ook wel clusters genoemd - zijn verdeeld, een limiet aan de vergoeding heeft gesteld. Deze vergoedingslimiet is gebaseerd op de gemiddelde prijs van de geneesmiddelen in het betreffende cluster. Indien een vergoedingslimiet is vastgesteld en de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de betreffende limiet, blijft het meerdere voor rekening van de verzekerde.

REGLEMENT FARMACEUTISCHE ZORG

6 Eigen bijdrage

Een eventueel verschuldigde eigen bijdrage, zijnde het bedrag boven de vergoedingslimiet, dient te worden betaald aan degene die het geneesmiddel aflevert: de apotheker of apotheekhoudend huisarts.

7 Zelfzorggeneesmiddelen voor chronisch gebruik

Voor een aantal zelfzorggeneesmiddelen, zijnde geregistreerde geneesmiddelen die zonder recept bij apotheker of drogist verkrijgbaar zijn, geldt in geval van chronisch gebruik een aparte vergoedingsregeling. Het betreft laxeremiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree en maagledigingsmiddelen. Hierbij dient in acht te worden genomen:

- a. dat u langer dan zes maanden op het betreffende middel dient te zijn aangewezen en dat het middel is voorgeschreven ter behandeling van een chronische aandoening;
- b. de eerste 15 dagen komen de kosten voor uw rekening.

8 Andere dan geregistreerde geneesmiddelen

Hiertoe worden in ieder geval gerekend de zogenoemde "magistrale receptuur", zijnde het door de apotheker of de apotheekhoudend huisarts bereide geneesmiddel. Aanspraak op magistrale receptuur bestaat uitsluitend indien en voor zover de apotheekbereiding, gelet op indicatie en dosering, valt aan te merken als rationele farmacotherapie. Van vergoeding zijn die apotheekbereidingen uitgesloten die nagenoeg gelijkwaardig zijn aan geregistreerde geneesmiddelen. Dit met uitzondering van de apotheekbereidingen, die nagenoeg gelijk zijn aan geregistreerde geneesmiddelen, in het geval dat deze geneesmiddelen niet - of niet binnen redelijke termijn - kunnen worden afgeleverd. Onder rationele farmacotherapie wordt in dit verband verstaan een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit bij wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld.

9 Farmaceutische zorg waarop geen aanspraak bestaat

Onverminderd hetgeen hiervoor is bepaald bestaat in ieder geval geen aanspraak op:

- a. de niet door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangewezen geregistreerde geneesmiddelen, waaronder homeopathische geneesmiddelen;
- b. fytotherapeutische en antroposofisch farmaceutische producten;
- c. zelfzorggeneesmiddelen, anders dan de middelen beschreven in artikel 7 van dit reglement;

REGLEMENT FARMACEUTISCHE ZORG

- d. de eigen bijdrage, zoals beschreven in artikel 6 van dit reglement;
- e. magistrale receptuur, indien niet voldaan wordt aan de voorwaarden, zoals beschreven in artikel 8 van dit reglement;
- f. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- g. dieetpreparaten, voor zover niet is voldaan aan de voorwaarden genoemd in artikel 4 van dit reglement;
- h. orale anticonceptie-middelen voor vrouwen van 21 jaar en ouder.

Bijlage Lijst van geneesmiddelen voorkomend op bijlage 2 waarvoor toestemming vooraf van de zorgverzekeraar is vereist

1. Geneesmiddelen waarbij de artsverklaring door de arts moet worden ingevuld en door de apotheker kan worden beoordeeld:

- acetylcysteïne
- bosentan/sildenafil
- clomifeen, gonadotrope hormonen, gonadoreline (-anologa) en gonadoreline-antagonisten
- dieetpreparaten*
- epoprostenol
- erythropoëtine en analoga
- G(M)-CSF
- galantamine, rivastigmine en memantine
- imiquimod
- interferon alfa
- interferon bèta
- interferon gamma
- mycofenolaat mofetil en mycofenolzuur
- palivizumab
- pioglitazon en rosiglitazon bevattende middelen

U kunt dit door uw arts ingevulde formulier tegelijk met het recept bij de apotheek inleveren; dit bevordert een snelle afhandeling van de aanvraag. Indien u uit privacyoverwegingen dit formulier niet in de apotheek wil aanbieden, kunt u dit formulier ook rechtstreeks naar de zorgverzekeraar (laten) sturen of faxen.

* naast de arts kan ook de diëtist deze verklaring invullen

2. Geneesmiddelen waarvoor geen artsverklaring nodig is maar waarbij de apotheek aan de hand van de apotheekinstructie controleert of het geneesmiddel ten laste van de Zorgverzekeringswet kan worden afgeleverd:

- anticonceptiva
- DKTP vaccin
- Haemophilus Influenza Type B vaccin
- pimecrolimus en tacrolimus
- Rubella vaccin
- teriparatide
- zelfzorggeneesmiddelen

3. Geneesmiddel waarvoor vooraf toestemming door de zorgverzekeraar vereist is:

- clopidogrel

REGLEMENT FARMACEUTISCHE ZORG

4. Geneesmiddelen waarbij toetsing vooraf plaatsvindt door stichting LABAG

- adalimumab
- anakinra
- efalizumab
- etanercept
- somatropine