

DSW

Reglement Farmaceutische zorg 2011



Inhoudsopgave

1.	Algemeen	3
2.	Definities	3
3.	Toestemming	3
4.	Hoeveelheden ter handstelling	3
5.	Algemene bepaling geneesmiddelen	4

1. Algemeen

Dit reglement betreft een uitwerking van de polisvoorwaarden van DSW Zorgverzekeraar voor wat betreft de farmaceutische zorg, zoals dat 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 in aanmerking komen. Daarbij is aan de zorgverzekeraars overgelaten om nadere voorwaarden met betrekking tot de toegang tot de farmaceutische zorg vast te stellen. DSW Zorgverzekeraar heeft zijn nadere voorwaarden in dit reglement vastgelegd. Dit reglement maakt onderdeel uit van de polisvoorwaarden.

2. Definities

2.1 Regeling

De meest actuele versie van de Regeling Zorgverzekering (Regeling van 1 september 2005, gepubliceerd in de Staatscourant 2005, nr. 171 en 203) zoals deze thans luidt dan wel in de toekomst zal komen te luiden. De meest actuele versie van de Regeling Zorgverzekering vindt u op www.wetten.overheid.nl.

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 met chemotherapeutica betreft;
- c. ten hoogste 3 maanden indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten (met uitzondering van hypnotica of anxiolytica);
- d. ten hoogste één jaar indien het orale anticonceptiva of insuline betreft;
- e. ten hoogste één maand in overige gevallen.

5. Algemene bepaling geneesmiddelen

5.1 Eigen bijdrage

Een eigen bijdrage wordt betaald voor zover deze verschuldigd is bij de terhandstelling van het geneesmiddel. De eigen bijdrage is verschuldigd aan degene die het geneesmiddel ter handstelt: de apotheker of de apotheekhoudende huisarts, tenzij DSW Zorgverzekeraar anders bepaalt.

5.2 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.
- b. De lijst met onderling vervangbare geneesmiddelen is opgenomen in bijlage 1A van de Regeling zorgverzekering.

5.3 Niet-onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen

- a. Naast vergoeding van onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen, heeft de verzekerde aanspraak op vergoeding van niet-onderling vervangbare (unieke) geregistreerde 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 zorgverzekering.
- c. Voor de niet-onderling vervangbare (unieke) geneesmiddelen geldt een volledige vergoeding.

5.4 Andere geneesmiddelen, mits het rationele farmacotherapie betreft

Het betreft hier niet geregistreerde geneesmiddelen (waarvoor dus 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. Apotheekbereidingen (artikel 40, derde lid, onderdeel a. van de Geneesmiddelenwet).
Ook de vergoeding van apotheekbereidingen is beperkt. Op de eerste plaats zijn de apotheekbereidingen die nagenoeg gelijk zijn aan enig niet in het GVS opgenomen geneesmiddel uitgesloten van vergoeding. Daarnaast bestaat op vergoeding van 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 zorgverzekeraar en/of 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 niet geregistreerde geneesmiddelen (die dus niet in Nederland in de handel zijn), maar waaraan wel een medische behoefte bestaat indien er geen adequaat alternatief voorhanden is. Tevens moet er sprake zijn van rationele farmacotherapie. Deze

geneesmiddelen 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, van wie er in Nederland te weinig zijn om het desbetreffende geneesmiddel op een rendabele manier op de markt te brengen 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 de aanspraak op vergoeding van 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. Deze middelen worden uitsluitend vergoed indien ze worden voorgeschreven voor de daarbij vermelde indicatie. Omdat gedurende het jaar geneesmiddelen hieraan kunnen worden toegevoegd is de bijlage geen volledige lijst van de aanspraken op geïmporteerde geneesmiddelen zonder handelsvergunning.

5.5 Zelfzorggeneesmiddelen voor chronisch gebruik

Voor zelfzorggeneesmiddelen als 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 kosten van de geneesmiddelen gedurende de eerste 15 dagen komen voor rekening van de verzekerde.

5.6 Nadere voorwaarden waaronder bepaalde geneesmiddelen worden vergoed

Een geneesmiddel dat behalve op Bijlage 1A en 1B ook op Bijlage 2 behorend bij de Regeling zorgverzekering is geplaatst, mag alleen worden vergoed 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 DSW Zorgverzekeraar. Voor bijna alle geneesmiddelen van deze Bijlage 2 kan via een artsenverklaring de apotheker bepalen of de patiënt recht heeft op vergoeding van het betreffende middel. 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.

Voor een enkel geneesmiddel is echter wel voorafgaande toestemming van DSW Zorgverzekeraar vereist. Al 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.

Bijlage 1

Voor de geneesmiddelen die op grond van artikel 40, derde lid onder c van de Geneesmiddelenwet ter hand mogen worden gesteld indien ze worden voorgeschreven voor de daarbij vermelde indicatie is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist:

- 3,4-Diaminopyridine bij congenitale myasthenie
- Fosfaat (Phosphore® Sandoz) tabletten bij hypofosfatemische rachitis
- Droxidop (L-threodops, L-Dops) bij dopamine- β -hydroxylasedeficiëntie
- Chloormethine voor lokale toediening bij cutane T-cellymfomen
- Natriumstibogluconaat bij leishmaniasis
- Oxandrolon bij constitutionele groeivertraging
- Paromomycinesulfaat bij gastro-intestinale cryptosporidiosis bij aids-patiënten
- Probucol bij tubereuze vormen van xanthomen ten gevolge van hypercholesterolemie
- Pyridostigmine als retardpreparaat (Mestinon® Retard) bij myasthenia gravis die onvoldoende of niet meer reageert op pyridostigmine in niet-retardvorm
- Sulthiam bij familiale paroxismale kinesiogene ataxie en myokymie
- Testolacton bij pubertas praecox
- Tiabendazol ter behandeling van Strongyloides stercoralis
- Tiopronine bij cystinurie en bij hepatolenticulaire degeneratie, bij overgevoeligheid voor penicillamine
- Tranylcypromine ter behandeling van niet op conventionele therapie reagerende depressie
- Fenelzine ter behandeling van niet op conventionele therapie reagerende depressie

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:

- Adalimumab*
- Ambrisentan*
- Anakinra*
- Benzodiazepine-agonist in enterale toedieningsvorm*
- Bortezomib*
- Bosentan*
- Bupropion*
- Certolizumab pegol*
- Clopidogrel*
- Dabigatran*
- Darbepoëtine-alfa*
- Dieetpreparaten*
- Dornase alfa*
- Epoprostenol
- Erythropoëtine-alfa*
- Erythropoëtine-beta*
- Erythropoëtine-zeta*
- Etanercept*
- Exenatide*
- Golimumab*
- Groeihormonen bij volwassenen (o.a. Somatropine)*
- Groeihormonen bij kinderen (o.a. Somatropine)
- Iloprost
- Imiglucerase*
- Infliximab
- Interferon-alfa*
- Ivabradine*
- Koloniestimulerende factor*
- Lenalidomide*
- Liraglutide*
- Mecasermine*
- Miglustat*
- Parathyroid hormoon*
- Prasugrel*
- Rivaroxaban*
- Romiplostim*
- Saxagliptine*
- Sildenafil*
- Sitagliptine*
- Sitaxentan*
- Sorafenib*
- Sunitinib*
- Teriparatide*
- Topotecan capsule*
- Trepostinil subcutaan
- Ustekinumab*
- Vildagliptine*
- Zelfzorggeneesmiddelen (laxantia, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, maagledigingsmiddelen en middelen ter bescherming van de ogen tegen uitdroging)*

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

DSW

Reglement Farmaceutische zorg
2011

Vragen?

Heeft u nog vragen? Ga naar www.dsw.nl of neem contact op met een van onze medewerkers van de afdeling Klantenservice. Zij staan u graag te woord.

DSW Zorgverzekeraar • Postbus 173 • 3100 AD Schiedam



Ga naar www.dsw.nl of bel (010) 2 466 466