

Reglement Farmaceutische zorg 2019

Ditzo Reglement Farmaceutische zorg 2019

1. Algemeen

Dit Reglement is een uitwerking van de modelovereenkomst van de Ditzo basisverzekering welke weer een uitwerking is van het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering voor wat betreft de farmaceutische zorg, zoals die geldt vanaf 1-1-2019. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in het algemeen bepaald welke farmaceutische zorg onder welke voorwaarden en bij welke medische indicaties voor vergoeding in aanmerking komt. Daarbij is aan de zorgverzekeraars overgelaten om nadere voorwaarden met betrekking tot de toegang tot de farmaceutische zorg vast te stellen. Ditzo heeft zijn nadere voorwaarden in dit Reglement vastgelegd. Dit Reglement maakt onderdeel uit van de polisvoorwaarden. Informatie over ons vergoedingsbeleid, medisch noodzaak bij een merkgeneesmiddel en de eigen bijdrage kunt u vinden op onze site <https://www.ditzo.nl/zorgverzekering/vergoeding-geneesmiddelen>.

2. Definities

Regeling: De Regeling zorgverzekering zoals deze thans luidt dan wel in 2019 zal komen te luiden. Daarbij gaat het ook om geneesmiddelen die gedurende de loop van 2019 in het GVS worden opgenomen.

GVS: Geneesmiddelenvergoedingssysteem. De overheid bepaalt welke geneesmiddelen onder welke voorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. Het GVS bestaat uit een lijst van geneesmiddelen die door de minister van VWS zijn aangewezen en die voor vergoeding van de zorgverzekeraar uit de basisverzekering in aanmerking komen. Deze lijst staat als Bijlage 1 in de Regeling van de zorgverzekeringswet Het GVS is zodanig opgesteld dat voor alle verzekerden geschikte geneesmiddelen beschikbaar zijn. Daarnaast kennen sommige geneesmiddelen op Bijlage 1 extra voorwaarden voor vergoeding. Deze geneesmiddelen staan op Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering (zie hieronder artikel 5.3).

Geregistreerde geneesmiddelen: Het College ter beoordeling van geneesmiddelen is verantwoordelijk voor de registratie van geneesmiddelen. De minister van VWS besluit of deze geregistreerde geneesmiddelen wel of niet worden opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS).

Apotheekhoudende: de apotheker of apothekhoudend huisarts.

Farmaceutische zorg: De terhandstelling van de bij of krachtens het Besluit Zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, en/of advies en begeleiding zoals apothekhoudenden die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, één en ander met inachtneming van het door Ditzo

vastgestelde Reglement Farmaceutische zorg.

UR-geneesmiddel: een geneesmiddel dat uitsluitend op recept ter hand mag worden gesteld;

Prestatie: Een prestatie omvat het leveren van farmaceutische zorg aan een patiënt.

Prestatie 1: Terhandstelling van een UR (uitsluitend recept)-geneesmiddel

Deze prestatie houdt onder andere in het rechtstreeks aan u of uw verzorger verstrekken of doen bezorgen van een geneesmiddel dat uitsluitend op recept ter hand mag worden gesteld.

Deelprestatie: Terhandstelling en begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel

Er is sprake van 'Terhandstelling en begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel' indien alle activiteiten die horen bij een terhandstelling zijn uitgevoerd en het 'begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel' is gevoerd. Voor de geneesmiddelen die u voor het eerst meekrijgt, of langer dan 12 maanden niet voorgeschreven heeft gekregen, krijgt u aan de balie van de apotheek uitleg. In dit zogenaamde 'begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel' wordt met u besproken wat u van uw geneesmiddel kunt verwachten over de:

- werking van het geneesmiddel;
- wijze van gebruik;
- mogelijke bijwerkingen;
- eventuele andere bijzonderheden, adviezen of waarschuwingen;
- eventuele effect op de werking van andere geneesmiddelen die u gebruikt.

De apotheekhoudende is wettelijk verplicht met u het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel te voeren onder de bovengenoemde voorwaarden. De minister van VWS heeft bepaald dat de apotheekhoudende een bedrag vergoed krijgt voor ieder begeleidingsgesprek. Dit bedrag verschilt per apotheek, maar bedraagt ongeveer € 6,-. Dit bedrag komt ten laste van uw eigen risico. De apotheekhoudende mag het 'begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel' niet in rekening brengen in geval van wijziging van de sterkte van een geneesmiddel. U ziet de 'terhandstelling en begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel' terug in uw declaratieoverzicht.

Prestatie 2: Instructie UR-geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel

Deze prestatie houdt in het geven van gebruiksinstructie van het UR-geneesmiddel- gerelateerd hulpmiddel indien sprake is van een eerste toepassing door u of indien sprake is van een geconstateerd foutief gebruik van het UR-geneesmiddel-gerelateerd hulpmiddel.

Prestatie 3: Medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik

Een medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik is een systematische beoordeling van uw geneesmiddelengebruik door een arts, apotheekhoudende en uzelf (en/of uw mantelzorgverzorger of andere

verzorgenden) op basis van een periodieke gestructureerde, kritische evaluatie van de medische-, farmaceutische en gebruiksinformatie. Deze prestatie kan enkel worden gedeclareerd indien er een medische of farmaceutische noodzaak bestaat. Ditzo vergoedt deze prestatie eenmaal per kalenderjaar. Een medicatiebeoordeling voorkomt het onnodig gebruik van geneesmiddelen of het gebruik van geneesmiddelen die elkaar tegenwerken. Om te zorgen dat de medicatiebeoordeling voor iedereen met een farmaceutische noodzaak toegankelijk is, stelt Ditzo de prestatie medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelenvrij van doorbelasting in het eigen risico.

Prestatie 4: Farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek

Om voorschrijvers in de polikliniek/op de dagbehandeling tijdig te kunnen laten beschikken over een actueel medicatieoverzicht dient voorafgaande aan de dagbehandeling/het polikliniekbezoek het medicatieoverzicht met u afgestemd te worden.

Prestatie 5: Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname

Voor de dienstverlening die samenhangt met farmaceutische begeleiding in verband met ziekenhuisopname dient een gesprek met u plaats te vinden. Het medicatieoverzicht moet hierbij met u afgestemd worden of met uw verzorger om vast te stellen welke medicatie (al dan niet op recept) u daadwerkelijk gebruikt.

Prestatie 6: Farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis

De farmaceutische begeleiding bij ontslag uit het ziekenhuis bestaat onder andere uit:

- het opstellen van een actueel medicatieoverzicht (inclusief relevante gegevens rondom het geneesmiddelgebruik zoals (thuis)medicatie die bewust gewijzigd of gestaakt is vlak voor of tijdens de opname inclusief de redenen daarvoor);
- het informeren van u bij of direct na ontslag uit het ziekenhuis over de (gewijzigde) medicatie. Het gaat hierbij om (1) de actuele medicatie, (2) gestopte medicatie en (3) geneesmiddelen die in de toekomst gebruikt moeten gaan worden;

Spoeisende apotheekzorg: Landelijk is besloten dat dienstapotheken de spoedisende zorg uitvoeren. De dienstapotheken zijn in de avond, nacht (maandag t/m zaterdag na 18.00 uur en voor 8.00 uur), op zondag en een aantal feestdagen open voor spoedgeneesmiddelen; de openbare apotheken zijn dan gesloten. De apotheken zullen gezamenlijk in de regio laten weten waar u naar toe moet voor spoedgeneesmiddelen. Uitgangspunt is dat de spoedisende zorg door de dienstapotheek net zo toegankelijk en bereikbaar is als een huisartsenpost.

3. Toestemming voor de (gedeeltelijke) vergoeding van geneesmiddelen

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 u te worden ingediend.

- b. Bij het verzoek om toestemming moet u een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de behandelend arts of specialist meesturen.
- c. Bij de toestemming kan Ditzo bepalen voor welke termijn deze toestemming geldt.
- d. De toestemming geldt alleen voor het gebruik van geneesmiddelen in de thuissituatie.

4. Hoeveelheden ter handstelling

Per voorschrift heeft u recht op geneesmiddelen voor een bepaalde periode. Ditzo hanteert de volgende afspraken voor de extramurale geneesmiddelen:

- a. 15 dagen, indien het voor u nieuwe geneesmiddelen betreft;
- b. 15 dagen indien het antibiotica of chemotherapeutica betreft ter bestrijding van een acute aandoening;
- c. drie maanden, indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, met uitzondering van hypnotica en anxiolytica;
- d. één jaar indien het orale anticonceptiva betreft;
- e. één maand in overige gevallen.

5. Bepalingen voor de geregistreerde geneesmiddelen

Vergoeding volgens wettelijk systeem.

Voor de vergoeding van geregistreerde geneesmiddelen die in het GVS zijn opgenomen worden de volgende groepen onderscheiden:

- Onderling vervangbare geneesmiddelen (zie artikel 5.1)
- Geneesmiddelen die niet onderling vervangbaar zijn (zie artikel 5.2);
- Geneesmiddelen waaraan aanvullende voorwaarden voor vergoeding zijn gesteld (zie artikel 5.3).

5.1 Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen

- a. De lijst met onderling vervangbare geneesmiddelen is opgenomen in Bijlage 1a van de Regeling zorgverzekering zie www.wetten.overheid.nl.
- b. Ditzo heeft alle geneesmiddelen aangewezen als bedoeld in artikel 2.5 van de Regeling zorgverzekering.
- c. Onderling vervangbare geneesmiddelen worden ingedeeld in clusters (groepen). Per cluster stelt de overheid een vergoedingslimiet vast. Deze limiet is gebaseerd op de gemiddelde prijs van de geneesmiddelen in dat cluster. Als de inkoopprijs hoger is dan de vergoedingslimiet, dan vergoeden wij het meerdere niet. U moet het bedrag boven de vergoedingslimiet tot een maximum van € 250,- dan zelf betalen, als eigen bijdrage. Op de website www.medicijnkosten.nl kunt u zien of u voor een geneesmiddel een eigen bijdrage moet betalen, en zo ja, hoe hoog deze eigen bijdrage is. Bovendien kunt u op deze website de kosten van het geneesmiddel zien.

5.2 Niet-onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen

- a. Naast onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen, heeft u aanspraak op de vergoeding van 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 vergoeden wij de kosten zoals vermeld op www.medicijnkosten.nl.

5.3 Geregistreerde geneesmiddelen waaraan aanvullende voorwaarden voor vergoeding zijn gesteld.

- a. Voor de geneesmiddelen die op Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering staan of gedurende het jaar geplaatst worden gelden specifieke voorwaarden die wettelijk zijn bepaald door de minister van VWS. Deze voorwaarden staan vermeld op www.wetten.overheid.nl/.
- b. Het toetsen of een verzekerde voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden gebeurt met behulp van een procedure die is vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. De Bijlage 2 geneesmiddelen en de toetsingsprocedure staan vermeld op de website www.znformulieren.nl (klik op deze website op 'Farmacie'). De Bijlage 2 geneesmiddelen zijn ingedeeld in vier groepen.
 - Voor de groep 1 geneesmiddelen is vooraf geen toetsing voor vergoeding nodig.
 - Voor de groep 2 geneesmiddelen toetst de apothekhoudende met een apothekersinstructie of aan de voorwaarde voor vergoeding wordt voldaan.
 - Voor de groep 3 geneesmiddelen kan de apothekhoudende met behulp van een artsenverklaring beoordelen of u recht heeft op vergoeding van het betreffende middel. Uw voorschrijvend arts dient daarvoor de artsenverklaring in te vullen.
 - Voor de groep 4 geneesmiddelen bepalen zorgverzekeraars zelf hun beleid.Voor de groep 4 geneesmiddelen kan uw voorschrijvend arts een machtigingsaanvraag indienen bij Ditzo. Als de zorgverzekeraar van oordeel is dat u voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden dan geven wij een machtiging af voor een bepaalde periode.
- c. Voor de (zelfzorg) geneesmiddelen voor chronisch gebruik die op de Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekeringswet worden genoemd (laxeermiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, geneesmiddelen tegen diarree, maagontledigingsgeneesmiddelen, geneesmiddelen ter bescherming van de ogen tegen uitdroging en maagzuurremmers) gelden de volgende voorwaarden:
 - Op het voorschrift van de behandelend arts dient aangegeven te zijn dat u het geneesmiddel langer dan zes maanden moet gebruiken en dat het is voorgeschreven ter behandeling van een chronische aandoening. C.G. staat voor chronisch gebruik. De apothekhoudende vermeldt dit op de nota.
 - Wij vergoeden de eerste 15 dagen niet vanuit de basisverzekering. Dit geldt ook als u overstapt op een vergelijkbaar geneesmiddel met een andere werkzame stof of indien u het geneesmiddel langer dan een jaar niet afgeleverd heeft gekregen van de apotheker.

d. Voor dieetpreparaten zoals bedoeld in bijlage 2 onder 1 van de Regeling zorgverzekering gelden onderstaande voorwaarden:

- Per voorschrift vergoedt Ditzo de kosten van de afgeleverde dieetpreparaten voor de periode die zorginhoudelijk verantwoord is.
- Een volwassen verzekerde heeft bij dieetvoeding voor medisch gebruik aanspraak op het volgende:
 - de eerste levering van een smaakpakket voor ten hoogste 14 dagen;
 - vervolgafliveringen voor ten hoogste 30 dagen;
 - een automatische herhaling van levering voor maximaal 4 weken.

Voor medische babyvoeding geldt onderstaande tabel met maximale hoeveelheden af te leveren medische babyvoeding per 30 dagen. Voor grotere hoeveelheid medische babyvoeding dan in de tabel is weergegeven en/of voor babyvoeding voor kinderen boven de 24 maanden is voorafgaande toestemming van Ditzo vereist.

Afleverhoeveelheden medische babyvoeding

Leeftijd kind	Maximale hoeveelheid per dag	Maximale hoeveelheid per 30 dagen
0-8 maanden	150 gram	6000 gram
8-12 maanden	100 gram	3700 gram
12-24 maanden	70 gram	2300 gram

Vergoedingsvoorwaarden

De voorschrijvend specialist of diëtiste dient het recept samen met de ingevulde specifieke artsenverklaring dieetpreparaat in bij de apotheekhoudende of medisch gespecialiseerde leverancier. Met de huisartsen in Nederland is afgesproken dat voor hen een specifieke code op het recept volstaat. Het recept bevat naast de gegevens van patiënt en huisarts en de specifieke code - de volgende elementen: het af te leveren middel (zo generiek mogelijk), gebruik (de dagdosis) en de hoeveelheid (waaruit de geschatte behandelduur blijkt. De apotheekhoudende of medisch gespecialiseerde leverancier van de voeding beoordeelt of de artsenverklaring of het recept van de huisarts voldoet aan de vergoedingsvoorwaarde. Is dit het geval dan declareert de apotheek of leverancier bij Ditzo. Alle medisch specialistische leveranciers mogen leveren. De artsenverklaring dieetpreparaat en de bijbehorende apothekersinstructie dieetpreparaat kunt u downloaden op www.znformulieren.nl.

5.4 Andere geneesmiddelen, mits het rationele farmacotherapie betreft

Als geneesmiddelen (nog) niet in het GVS zijn opgenomen vergoeden wij ze in principe niet, met uitzondering van het bepaalde in artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering. In artikel 6 gaan wij hier verder op in.

6. Bepalingen voor de niet-geregistreerde geneesmiddelen

- 6.1 De bepalingen voor de niet-geregistreerde geneesmiddelen betreffen de apotheekbereidingen (geneesmiddelen bereidt door een apotheek; zie artikel 6.1a) en geneesmiddelen die speciaal voor een individuele patiënt op verzoek van de behandelend door de fabrikant worden gemaakt of uit het buitenland moeten worden geïmporteerd (zie artikel 6.1b). Om voor vergoeding in aanmerking te komen voor deze geneesmiddelen moet er altijd sprake zijn rationale farmacotherapie. Dit houdt in dat dit een behandeling is met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit van deze behandeling door wetenschappelijk onderzoek is bewezen en het geneesmiddel tevens het meest economisch is voor Ditzo en/of uzelf.
- 6.1a. Apotheekbereidingen zoals omschreven in artikel 40, lid 3, onderdeel a. van de Geneesmiddelenwet. De aanspraak op apotheekbereidingen is beperkt. In de eerste plaats zijn de apotheekbereidingen die gelijk of nagenoeg gelijk zijn aan enig niet door de minister aangewezen geregistreerd geneesmiddel uitgesloten van aanspraak. Daarnaast bestaat op apotheekbereidingen alleen aanspraak als die bereidingen zijn aan te merken als rationale farmacotherapie. U bent een eigen bijdrage verschuldigd in geval van een apotheekbereiding, waarin een geneesmiddel is verwerkt waarvoor een eigen bijdrage geldt.
- 6.1b. Geneesmiddelen zoals omschreven in artikel 40, lid 3 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 Inspectie van de Gezondheidszorg bepaalt of ten behoeve van deze patiënten het is toegestaan dat een dergelijk geneesmiddel op een gespecificeerd verzoek van hun arts uit een ander land wordt ingevoerd. Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet er sprake zijn van een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners. Om aanspraak te maken op vergoeding voor deze geneesmiddelen is voorafgaande toestemming van Ditzo vereist.