



Reglement Farmaceutische Zorg

Ingangsdatum 1 januari 2021

**Voor Basis Budget
en Basis Zeker**

Bekijk online versie →

1 Over het reglement	3
1.1 Waarom een reglement?	3
1.2 Hoe is het reglement tot stand gekomen?	3
1.3 Van toepassing op de volgende Zorgverzekeraars	3
2 Rechten van de verzekerde	4
3 Leveranciers van farmaceutische zorg	5
3.1 Soorten contracten met leveranciers farmaceutische zorg	5
3.2 Deze voorwaarden voor uw vergoeding gelden altijd	5
3.3 IDEA-contract: de apotheek bepaalt het geneesmiddelmerk	5
3.4 Contract met preferentiebeleid: wij bepalen het geneesmiddelmerk	5
3.5 Geen contract	5
4 Vergoedingsregels voor geregistreerde geneesmiddelen	6
4.1 Vergoeding volgens wettelijk systeem	6
4.2 Onderling vervangbare geneesmiddelen	6
4.3 Niet-onderling vervangbare geneesmiddelen	6
4.4 Geneesmiddelen waaraan aanvullende voorwaarden voor vergoeding zijn gesteld	6
5 Niet-geregistreerde geneesmiddelen	8
6 Dieetpreparaten	9
7 Prestaties	10
7.1 Terhandstelling van een UR-geneesmiddel	10
7.2 Terhandstelling en begeleidingsgesprek nieuw UR-geneesmiddel	10
7.3 Terhandstelling door middel van een Geïndividualiseerde Distributievorm (GDV)	10
7.4 Instructie patiënt UR-geneesmiddel- gerelateerd hulpmiddel	10
7.5 Medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik	11
7.6 Farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek	11
7.7 Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname	11
7.8 Farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis	12
7.9 Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroep	12
7.10 Advies farmaceutische zelfzorg	12
7.11 Advies gebruik uitsluitend recept geneesmiddelen tijdens reis	12
7.12 Advies ziekterisico bij reizen	12
7.13 Onderlinge dienstverlening	12
7.14 Facultatieve zorgprestaties	12
8 Farmaceutische zorg die niet voor vergoeding in aanmerking komt	13
9 Maximale vergoedingsperiode en afleverhoeveelheden	14
9.1 Standaard vergoedingsperiode en afleverhoeveelheden	14
9.2 Afleveringen tijdens langdurig verblijf in het buitenland (vakantieregeling)	14
Begrippenlijst	15

1 Over het reglement

1.1 Waarom een reglement?

Het Reglement Farmaceutische Zorg 2021 is een uitwerking van het artikel Farmaceutische Zorg uit uw verzekeringsovereenkomst. Bij deze verzekeringsovereenkomst horen polisvoorwaarden. Daarin staat waarop u recht heeft, maar niet altijd tot in detail. Soms zijn uw rechten zo omvangrijk, dat het ondoenlijk is om deze in de polisvoorwaarden zelf op te nemen. In de voorwaarden wordt dan verwezen naar een reglement. Zo ook bij farmaceutische zorg.

In dit reglement leest u welke contracten wij hebben gesloten voor het leveren van farmaceutische zorg. Ook vindt u informatie over de groepen geneesmiddelen en dieetpreparaten die we onderscheiden, en welk deel van de kosten wij vergoeden en onder welke voorwaarden.

1.2 Hoe is het reglement tot stand gekomen?

U heeft recht op de farmaceutische zorg die in de verzekeringsovereenkomst is opgenomen. Welke farmaceutische zorg dat is, vindt u in:

- de Zorgverzekeringswet, zoals gepubliceerd in het Staatsblad 2005, 358, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'de zorgverzekeringswet');
- het Besluit zorgverzekering, zoals gepubliceerd in het Staatsblad 2005, 389, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'het besluit');
- de Regeling zorgverzekering, zoals gepubliceerd in de Staatscourant 2005, 171, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'de regeling');
- de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- de vigerende beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen voor farmaceutische zorg' van de NZa.

Samen vormen de wet, het besluit en de regeling het wettelijk kader waarop dit reglement gebaseerd is. De inhoud van het besluit en de regeling is dus van toepassing op dit reglement. In de regeling staan bijvoorbeeld de indicatiecriteria. U heeft aanspraak op en/of recht op vergoeding van farmaceutische zorg indien u voldoet aan deze criteria. De meest recente versie van het besluit en de regeling vindt u op www.wetten.overheid.nl.

Wijzigd in het jaar iets in deze wettelijke aanspraken of vergoedingen? Dan gelden deze wijzigingen voor u vanaf de datum waarop de wijziging ingaat.

Het besluit laat het aan de zorgverzekeraar over om nadere voorwaarden vast te stellen voor de toegang tot farmaceutische zorg. Bijvoorbeeld wie de voorschrijver moet zijn en of er toestemming vooraf noodzakelijk is. Wij hebben deze nadere voorwaarden vastgesteld in dit reglement.

1.3 Van toepassing op de volgende Zorgverzekeraars

Het Reglement Farmaceutische Zorg is voor u van toepassing, als u een verzekeringsovereenkomst heeft bij:

- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): Basis Zeker en Basis Budget;
- Volmacht van Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), die onder naam en voor rekening van Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), basisverzekeringen uitvoeren. Dat is: One Underwriting B.V. (statutair gevestigd te Eindhoven).
- Volmacht van Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Zeist), handelend onder de handelsnaam Zilveren Kruis, die onder naam en voor rekening van Zilveren Kruis aanvullende verzekeringen uitvoeren. Dat is: One Underwriting B.V. (statutair gevestigd te Eindhoven);
- Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Zeist).

Hierna te noemen: Zilveren Kruis.

2 Rechten van de verzekerde

Heeft u één van de verzekeringen afgesloten die staat in artikel 1.3 van dit reglement? Dan heeft u aanspraak op en/of recht op vergoeding van farmaceutische zorg volgens dit reglement en met inachtneming van wat in uw polisvoorwaarden is bepaald.

3 Leveranciers van farmaceutische zorg

3.1 Soorten contracten met leveranciers farmaceutische zorg

Om farmaceutische zorg te kunnen leveren aan verzekerden, sluiten wij contracten af met apotheken. Er zijn 2 soorten contracten: IDEA-contracten en contracten met preferentiebeleid. Het kan voorkomen dat wij geen contract hebben met een apotheek. Dit kan gevolgen hebben voor de vergoeding. Dit leest u in artikel [3.5](#). Voor de levering van dieetpreparaten sluiten wij alleen contracten af met medisch speciaalzaken. Laat u dieetpreparaten leveren door een apotheek of een niet-gecontracteerde medisch speciaalzaak? Dan kan dit gevolgen hebben voor uw vergoeding. Dit leest u in artikel [3.5](#).

3.2 Deze voorwaarden voor uw vergoeding gelden altijd

Of wij nu wel of geen contract hebben met een apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier, de volgende regels gelden altijd:

1. u heeft aanspraak op vergoeding van het geneesmiddel en/of dieetpreparaat tot maximaal de vergoedingslimiet (zie ook artikel [4.1](#)) en uitsluitend als aan eventuele aanvullende vergoedingsvoorwaarden is voldaan.
2. de geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegd verpleegkundige.
3. dieetpreparaten voor de behandeling van (het risico op) ondervoeding moeten zijn voorgeschreven door een arts of diëtist.

3.3 IDEA-contract: de apotheek bepaalt het geneesmiddelmerk

Onder de contractvorm IDEA (Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apothekers) geldt het volgende:

1. de apotheek levert u de farmaceutische zorg waarop u aanspraak heeft, op basis van uw polisvoorwaarden.
2. voor de geneesmiddelen waarbij de apotheek het voorkeursmiddel of –merk bepaalt, vergoeden wij die middelen conform de afspraken in het IDEA-contract.
3. als er van een geneesmiddel meerdere identieke, onderling vervangbare varianten beschikbaar zijn en er geen medische noodzaak is om het niet door de apotheek of ons aangewezen (merk) geneesmiddel te gebruiken, moet u, indien u uitsluitend een ander (merk) middel wilt gebruiken, dit geneesmiddel zelf betalen. Wij vergoeden de nota's die hierop betrekking hebben niet.
4. wij spreken voor slechts enkele geneesmiddelen een voorkeursmiddel of –merk af met de apotheek met een IDEA-contract. Vergoeding van die geneesmiddelen vindt plaats volgens artikel 3.4.
5. de apotheek declareert de geleverde farmaceutische zorg rechtstreeks bij ons.

3.4 Contract met preferentiebeleid: wij bepalen het geneesmiddelmerk

Voor deze contractvorm geldt het volgende:

- a. de apotheek levert u de farmaceutische zorg waarop u aanspraak heeft, op basis van uw polisvoorwaarden.
- b. als er van een geneesmiddel meerdere identieke, onderling vervangbare varianten beschikbaar zijn en er geen medische noodzaak is om het originele (merk) geneesmiddel of de andere afgeleide generieken hiervan te gebruiken, dan mag de apotheek uitsluitend het (merk) geneesmiddel leveren dat wij als voorkeursmiddel hebben aangewezen. U heeft in dat geval alleen aanspraak op vergoeding van het preferente (merk) geneesmiddel dat wij hebben aangewezen (zie artikel [4.2](#)). Wanneer wij geen geneesmiddel hebben aangewezen, dan geldt dat u recht heeft op vergoeding van het laagst geprijsde geneesmiddel.
- c. de apotheek declareert de geleverde farmaceutische zorg rechtstreeks bij ons.

3.5 Geen contract

Met sommige apotheken en medisch gespecialiseerde leveranciers hebben wij geen afspraken gemaakt over de farmaceutische zorg die zij mogen leveren. Neemt u bij een niet-gecontracteerde apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier farmaceutische zorg af? Dan geldt het volgende:

- a. u moet de kosten voor de geleverde zorg eerst zelf aan de apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier betalen.
- b. u dient de nota bij ons in.
- c. dient u een nota in voor een niet-preferent geneesmiddel? Dan heeft u uitsluitend aanspraak op vergoeding van een ander merk dan het voorkeursmiddel, als het medisch onverantwoord is u met het voorkeursmiddel te behandelen. U moet hiervoor een kopie van het recept of een verklaring van de huisarts meesturen. Daaruit moet blijken dat dit middel aan u is voorgeschreven uit medische noodzaak. Is er geen medische noodzaak om een niet-aangewezen geneesmiddel te gebruiken en wilt u dit toch? Dan moet u dit geneesmiddel zelf betalen.
- d. neemt u dieetpreparaten af bij een niet-gecontracteerde apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier? Dan moet die apotheek of leverancier de verklaring controleren en in uw dossier opslaan.

Voor de polissen Basis Zeker en Basis Budget geldt dat u recht heeft op een vergoeding van:

- farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten): tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners);
- prestaties (dienstverlening, zie voor de omschrijving artikel [7](#)): tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Let op!

Naast de lagere vergoeding (of geen vergoeding in het geval van levering niet-preferent geneesmiddel zonder medische noodzaak) waar u recht op heeft bij een niet-gecontracteerde apotheek die we hierboven beschrijven, kan het voorkomen dat u nog een deel zelf moet betalen. Het gaat hier om de bovenlimietprijs (wettelijke eigen bijdrage). Deze wordt eventueel wel vergoed uit uw aanvullende verzekering.

4 Vergoedingsregels voor geregistreerde geneesmiddelen

4.1 Vergoeding volgens wettelijk systeem

De overheid heeft een Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) vastgesteld. In het GVS staat welke geneesmiddelen wel en niet voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking komen en onder welke voorwaarden. 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. Daar staat in lid 1, sub b, onderdeel 3 dat u recht heeft op een geneesmiddel dat in Nederland niet in de handel is, maar wel in een ander land. Voorwaarde hiervoor is dat u dit geneesmiddel nodig heeft voor een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners en waarvan de werking wetenschappelijk onderbouwd is.

Voor de vergoeding van geregistreerde geneesmiddelen worden de volgende groepen onderscheiden:

- onderling vervangbare geneesmiddelen (zie verder artikel 4.2);
- geneesmiddelen die niet onderling vervangbaar zijn (zie verder artikel 4.3);
- geneesmiddelen waaraan aanvullende voorwaarden voor vergoeding zijn gesteld (zie verder artikel 4.4).

4.2 Onderling vervangbare geneesmiddelen

In de Regeling zorgverzekering vindt u in bijlage 1A welke geneesmiddelen als onderling vervangbaar zijn aangemerkt.

Onderling vervangbare geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die:

- kunnen worden toegepast bij een gelijksoortig indicatiegebied, en
- worden toegediend via een gelijke toedieningsweg, en
- in het algemeen zijn bestemd voor dezelfde leeftijdscategorie.

Onderling vervangbare geneesmiddelen worden ingedeeld in groepen (clusters). Per cluster stelt de overheid een vergoedingslimiet vast. Deze limiet is gebaseerd op de gemiddelde prijs van de geneesmiddelen in dat cluster. Is de inkoopprijs hoger dan de vergoedingslimiet? Dan vergoeden wij het meerdere niet. U moet het bedrag boven de vergoedingslimiet dan betalen – als eigen bijdrage – aan de apotheek. U bent ook een eigen bijdrage verschuldigd, als het een eigen bereiding betreft, waarin een geneesmiddel is verwerkt waarvoor een eigen bijdrage geldt.

Voor een aantal onderling vervangbare geneesmiddelen gelden aanvullende voorwaarden voor vergoeding (zie artikel 4.4). Er is in dat geval alleen aanspraak op vergoeding, als aan deze aanvullende voorwaarden is voldaan. Wij vergoeden dan tot maximaal de vergoedingslimiet.

4.3 Niet-onderling vervangbare geneesmiddelen

In de Regeling zorgverzekering vindt u in bijlage 1B welke geneesmiddelen als niet-onderling vervangbaar worden aangemerkt. Niet-onderling vervangbare geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die niet met andere geneesmiddelen geclusterd kunnen worden, doordat hun eigenschappen verschillen. Voor de niet-onderling vervangbare geneesmiddelen geldt een volledige vergoeding.

Voor een aantal niet-onderling vervangbare geneesmiddelen gelden aanvullende voorwaarden voor vergoeding (zie artikel 4.4). Er is in dat geval alleen aanspraak op vergoeding, als aan deze aanvullende voorwaarden is voldaan.

4.4 Geneesmiddelen waaraan aanvullende voorwaarden voor vergoeding zijn gesteld

4.4.1 Overzicht van geneesmiddelen waaraan aanvullende voorwaarden voor vergoeding zijn gesteld

In de Regeling zorgverzekering vindt u in bijlage 2 aan welke geneesmiddelen aanvullende voorwaarden voor vergoeding zijn gesteld. Bijlage 2 wordt regelmatig gewijzigd. Ook tijdens het lopende polisjaar. U kunt de meest actuele bijlage met de voorwaarden vinden op internet:

www.wetten.overheid.nl; tik in het zoekvenster Regeling zorgverzekering; klik op vind; klik op Regeling zorgverzekering; klik in de lijst links onderaan op Bijlage 2.

4.4.2 Beoordelingsprocedures bij aanvullende voorwaarden vergoeding van geneesmiddelen

Wanneer komen geneesmiddelen waaraan aanvullende voorwaarden zijn gesteld, voor vergoeding in aanmerking? Dit wordt bepaald in verschillende beoordelingsprocedures:

- Controle achteraf.** Geneesmiddelen waarbij vooraf géén controle op de vergoedingsvoorwaarden plaatsvindt. Er wordt dus niet vooraf, maar achteraf gecontroleerd of u voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden die voor een geneesmiddel gelden. Blijkt bij deze controle dat u niet aan de voorwaarden voldoet? Dan moet u het geneesmiddel alsnog zelf betalen.
- Controle vooraf.** De apotheker controleert vooraf of de verstrekking van een geneesmiddel aan de vergoedingsvoorwaarden voldoet. Hij doet dit op basis van een artsenverklaring van Zorgverzekeraars Nederland, die uw behandelend arts invult. U levert de artsenverklaring tegelijk met het recept in bij de apotheek. Als u aan de voorwaarden voldoet, kunt u het geneesmiddel direct meekrijgen. Voldoet u niet aan de voorwaarden? Dan heeft u geen aanspraak. U kunt het geneesmiddel dan wel meekrijgen, maar u moet het zelf betalen.
Wilt u uit privacyoverwegingen de artsenverklaring niet in de apotheek aanbieden? Dan kunt u de verklaring ook, voorzien van een korte toelichting, rechtstreeks naar ons sturen. Dan controleren wij de verklaring. Ook als een niet-gecontracteerde apotheek de farmaceutische zorg levert, moeten wij de artsenverklaring beoordelen. Voor een aantal geneesmiddelen is er alleen een apotheekinstructie van Zorgverzekeraars Nederland. De apotheek controleert volgens deze instructie of u in aanmerking komt voor vergoeding van het geneesmiddel. Voor deze geneesmiddelen is geen artsenverklaring van Zorgverzekeraars Nederland nodig.
- Toestemming vooraf.** Voor sommige geneesmiddelen heeft u alleen aanspraak op vergoeding, als u vooraf toestemming aan ons vraagt. Om te kunnen beoordelen of u aanspraak heeft op vergoeding, kunnen wij bij deskundigen medisch inhoudelijk advies inwinnen.

Let op!

Kijk voor het meest actuele lijst van geneesmiddelen waarvoor een ZN-artsenverklaring of machtiging nodig is op www.zn.nl; ga naar ZN-formulieren en kies daarna voor farmacie. U kunt ook gebruik maken van de volgende link: www.znformulieren.nl.

4.4.3 Specialistische geneesmiddelen

Een aantal geneesmiddelen vergoeden wij alleen aan het ziekenhuis en niet aan de apotheek. Deze geneesmiddelen vinden wij zo specialistisch dat ze altijd toegediend moeten worden door of in opdracht van een medisch specialist, onder zijn directe verantwoordelijkheid. Het gaat hierbij om geneesmiddelen die een arts of verpleegkundige moet toedienen per injectie, per infuus of per instillatie. En om geneesmiddelen die een medisch specialist gebruikt om een diagnose te stellen of het resultaat van een behandeling te beoordelen. Omdat wij deze specialistische geneesmiddelen alleen aan het ziekenhuis vergoeden (en niet aan de apotheek), kan de apotheek ze niet voor rekening van ons aan u afleveren.

Wilt u weten welke geneesmiddelen wij als specialistisch beschouwen? Kijk dan op de website van Zilveren Kruis. Uiteraard kunt u deze informatie ook bij ons opvragen.

4.4.4 Maagzuurremmers en zelfzorgmiddelen

Maagzuurremmers, combinatiepreparaten met maagzuurremmers en zelfzorgmiddelen vormen een bijzondere groep van geneesmiddelen, waaraan aanvullende voorwaarden voor vergoeding zijn gesteld. Zelfzorgmiddelen zijn geregistreerde geneesmiddelen die u zonder recept kunt verkrijgen bij een apotheek of drogist. In principe zijn deze geneesmiddelgroepen uitgesloten van vergoeding. Maar bij chronisch gebruik van deze middelen geldt een aparte vergoedingsregeling voor bepaalde maagzuurremmers, combinatiepreparaten met maagzuurremmers, laxemiddelen, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, maagledigingsmiddelen en middelen om de ogen te beschermen tegen uitdroging. Alleen bij chronisch gebruik vergoeden wij deze geneesmiddelen, onder de volgende voorwaarden:

1. het geneesmiddel moet opgenomen zijn in het GVS;
2. de behandelend arts moet het geneesmiddel voorschrijven. Op zijn voorschrift moet hij aangeven dat:
 - a. u langer dan 6 maanden op het betreffende geneesmiddel bent aangewezen;
 - b. u het betreffende geneesmiddel voorgeschreven krijgt om een chronische aandoening te behandelen;
 - c. het betreffende geneesmiddel voor u geen nieuwe medicatie is.
3. de behandelend arts schrijft de aanduiding 'C.G.'(chronisch gebruik) op zijn voorschrift, om aan te geven dat u voldoet aan de voorwaarden die hiervoor zijn genoemd onder 2.

De eerste 15 dagen komen de kosten van de geneesmiddelen waarover het gaat in dit artikel, voor uw eigen rekening.

5 Niet-geregistreerde geneesmiddelen

In een aantal gevallen heeft u ook aanspraak op en/of recht op vergoeding van niet-geregistreerde geneesmiddelen. Het gaat hierbij om geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die:

- op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet, of
- in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling (artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet), binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners en waarvan de werking wetenschappelijk onderbouwd is.

U heeft slechts aanspraak op vergoeding van deze geneesmiddelen, als er sprake is van rationele farmacotherapie¹ en de behandeling met deze middelen voor u is aangewezen. Voor geïmporteerde, niet-geregistreerde geneesmiddelen dienen wij altijd vooraf toestemming te geven voor vergoeding.

Een bijzondere vorm van niet-geregistreerde geneesmiddelen zijn de apotheekbereidingen. Deze op recept bereide geneesmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er geen (nagenoeg) gelijkwaardig geregistreerd geneesmiddel is dat niet wordt vergoed uit het geneesmiddelenvergoedingssysteem én de behandeling met het op recept bereide geneesmiddel is aan te merken als rationele farmacotherapie. Uitzonderingen daarop zijn mogelijk indien de apotheekbereiding al in de praktijk wordt toegepast vóórdat het (nagenoeg) gelijkwaardige geneesmiddel is geregistreerd of indien de apotheekbereiding al of nog niet in de praktijk wordt toegepast en de Minister heeft besloten het (nagenoeg) gelijkwaardige geregistreerde geneesmiddel niet in het GVS op te nemen.

Als niet-rationele farmacotherapie worden beschouwd:

- bereidingen die overeenkomen met Warenwetproducten (onder andere cosmetica, shampoos, bad-oliën),
- bereidingen waarvan één van de te verwerken grondstoffen staat op de lijst van niet-rationele apotheekbereidingen van het Nederlands Zorginstituut,
- bereidingen waarvan uit de beschikbare wetenschappelijke literatuur geen rationaliteit blijkt.

Allergenen

Immunotherapie met allergenen bestaat uit langdurige toediening van allergeen houdende extracten. Het doel ervan is allergische patiënten minder gevoelig te maken voor de betreffende allergenen, zodat de klachten afnemen en het gebruik van symptomatische medicatie kan worden verminderd. Niet alle allergenen zijn geregistreerd.

Niet-geregistreerde allergenen komen in principe niet voor vergoeding in aanmerking, tenzij de behandeling met een geregistreerd middel niet mogelijk is. De voorschrijvend arts kan dan een machtiging aanvragen voor de vergoeding van een niet-geregistreerd allergeen. Deze aanvraag moet tenminste de volgende gegevens bevatten:

- de door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) verleende toestemming voor het in de handel brengen van het nietgeregistreerde allergeen voor de betreffende indicatie én
- een toelichting van de behandelend arts waarom hij denkt dat een wel geregistreerd allergeen niet afdoende is en waarom de arts deze conclusie heeft getrokken én
- 2 publicaties uit een gerenommeerd internationaal tijdschrift, waarin de rationaliteit van het gebruik van het niet-geregistreerde allergeen wordt onderbouwd.

Recht op vergoeding bestaat alleen op basis van een door ons afgegeven machtiging en op individuele basis.

¹De behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering, noemen we rationele farmacotherapie.

6 Dieetpreparaten

Het recht op dieetpreparaten bestaat alleen, als het gaat om een aandoening waarbij toediening van deze preparaten een essentieel onderdeel is van adequate zorg. En als de verzekerde niet kan uitkomen met normale aangepaste voeding en/of dieetproducten. Alleen polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten komen voor vergoeding in aanmerking. Voorwaarde hiervoor is dat is voldaan aan de aanvullende voorwaarden voor vergoeding. Deze voorwaarden staan in bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering (zie paragraaf 'Geneesmiddelen waaraan aanvullende voorwaarden voor vergoeding zijn gesteld'). Een andere voorwaarde om voor vergoeding in aanmerking te komen, is dat er een 'Verklaring dieetpreparaten' door de arts of diëtist is ingevuld en uw apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier vastgesteld heeft dat aan de voorwaarden is voldaan.

U heeft in de volgende gevallen vooraf onze toestemming nodig:

- zuigelingenvoeding bij koemelkallergie zonder dat een provocatietest is uitgevoerd.
- zuigelingenvoeding bij koemelkallergie voor kinderen van 2 jaar of ouder.
- zuigelingenvoeding bij koemelkallergie in een hoeveelheid van meer dan 1000 ml per dag.

7 Prestaties

Een prestatie is een vorm van dienstverlening. Op het gebied van farmaceutische zorg onderscheiden we verschillende prestaties, die door de NZa zijn beschreven. Deze vindt u hieronder. Per prestatie leest u of het gaat om verzekerde zorg. En zo ja, of er aanvullende eisen zijn ten aanzien van de kwaliteit van de zorgverlening en/of of er aanvullende voorwaarden worden gesteld aan de vergoeding.

Voor alle genoemde prestaties geldt dat deze alleen voor vergoeding in aanmerking komen, als een apotheek ze heeft geleverd, tenzij dit in dit reglement expliciet anders is bepaald. Declaraties van niet-apotheken komen niet voor vergoeding in aanmerking, tenzij wij de zorgverlener voor de desbetreffende prestatie hebben gecontracteerd.

7.1 Terhandstelling van een UR-geneesmiddel

Omschrijving	Toelichting
Verzekerde zorg	Ja
Aanvullende voorwaarden vergoeding	U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de prestatie 'terhandstelling van een uitsluitend recept geneesmiddel' als is voldaan aan de volgende aanvullende voorwaarden: 1. er is daadwerkelijk een geneesmiddel aan u ter hand gesteld; 2. de zorg die aan u is verleend, voldoet aan de KNMP Richtlijn 'Ter hand stellen'.

UR-geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die alleen vergoed worden als er een recept voor is afgegeven (UR staat voor uitsluitend recept).

7.2 Terhandstelling en begeleidingsgesprek nieuw UR-geneesmiddel

Omschrijving	Toelichting
Verzekerde zorg	Ja
Aanvullende voorwaarden vergoeding	U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de prestatie 'Terhandstelling en begeleidingsgesprek nieuw UR-geneesmiddel', als is voldaan aan onderstaande aanvullende voorwaarden: 1. u heeft alleen aanspraak op vergoeding als het geneesmiddel met dezelfde werkzame stof en toedieningsvorm niet eerder aan u ter hand is gesteld, of als dit 12 maanden of langer geleden voor het laatst aan u ter hand is gesteld; 2. u heeft geen aanspraak op deze prestatie als er vanuit uw basisverzekering geen aanspraak op vergoeding bestaat van het betreffende geneesmiddel.

UR-geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die alleen vergoed worden als er een recept voor is afgegeven (UR staat voor uitsluitend recept).

7.3 Terhandstelling door middel van een Geïndividualiseerde Distributievorm (GDV)

Omschrijving	Toelichting
Verzekerde zorg	Ja
Aanvullende voorwaarden vergoeding	U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de prestatie 'Terhandstelling door middel van een GDV', als is voldaan aan de onderstaande voorwaarden: 1. levering via een geïndividualiseerde distributievorm zoals een medicatierol of weekcassette voor u noodzakelijk is om de bij deze prestatie ter hand gestelde geneesmiddelen verantwoord toe te kunnen dienen, volgens de geldende apothekers richtlijn Geïndividualiseerde Distributievorm voor deze prestatie. Dit moet zijn gebleken uit overleg tussen voorschrijver, apotheker en verzekerde; 2. de geleverde zorg voldoet aan de apothekers richtlijn Geïndividualiseerde Distributievorm die geldt voor deze prestatie.

U vindt de richtlijn "geneesmiddelen in een geïndividualiseerde distributievorm (GDV)" die betrekking heeft op de prestatie weekterhandstelling op www.knmp.nl. Dit is de website van De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie.

7.4 Instructie patiënt UR-geneesmiddel- gerelateerd hulpmiddel

Omschrijving	Toelichting
Verzekerde zorg	Ja, maximaal 1 instructie per jaar per hulpmiddel, behalve in de situatie van geconstateerd foutief gebruik, dan wordt een extra instructie vergoed.
Aanvullende voorwaarden vergoeding	U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de instructie, als het gaat om een geneesmiddel dat u bij uzelf moet injecteren. Of als het gaat om een geneesmiddel dat u moet inhaleren. Voor instructies bij andere geneesmiddel gerelateerde hulpmiddelen geldt, dat de vergoeding is inbegrepen bij de vergoeding van de prestatie 'terhandstelling van een UR- geneesmiddel' (zie 7.1).

7.5 Medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik

Omschrijving	Toelichting
Verzekerde zorg	Ja, maximaal één keer per jaar
Aanvullende voorwaarden vergoeding	U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de prestatie 'Medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik', als is voldaan aan de onderstaande voorwaarden: 1. er bestaat voor u volgens de richtlijn "Polyfarmacie bij ouderen" en/of de KNMP-richtlijn "Medicatiebeoordeling" een medische of farmaceutische noodzaak om medicatie te laten beoordelen; 2. de geleverde zorg voldoet aan de multidisciplinaire richtlijn "Polyfarmacie bij ouderen".

UR-geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die alleen vergoed worden als er een recept voor is afgegeven (UR staat voor uitsluitend recept). De richtlijn "Polyfarmacie bij ouderen" vindt u op www.nhg.org, de website van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

N.B. In 2021 is deze farmaceutische zorgprestatie door ons vrijgesteld van doorbelasting in eigen risico².

²Deze vrijstelling van doorbelasting in het eigen risico geldt alleen voor deze farmaceutische zorgprestatie. Overige farmaceutische zorg komt wel ten laste van het wettelijk eigen risico.

7.6 Farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek

Omschrijving	Toelichting
Verzekerde zorg	Ja, maximaal één keer per dagbehandeling polikliniekbezoek
Aanvullende voorwaarden vergoeding	U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de prestatie 'Farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling of polikliniekbezoek' als is voldaan aan de onderstaande voorwaarden: 1. de geleverde zorg voldoet aan de geldende richtlijn "Overdracht van medicatiegegevens in de keten"; 2. de prestatie is geleverd op de dag van de behandeling of het polikliniek bezoek; 3. er daadwerkelijk een persoonlijk gesprek heeft plaatsgevonden tussen u en de verantwoordelijke zorgverlener.

U vindt de geldende richtlijn "Overdracht van medicatiegegevens in de keten" die betrekking heeft op de prestatie "Farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling of polikliniekbezoek" op www.knmp.nl. Dit is de website van De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie.

7.7 Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname

Omschrijving	Toelichting
Verzekerde zorg	Ja, maximaal één keer per ziekenhuisopname
Aanvullende voorwaarden vergoeding	U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de prestatie 'Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname' als is voldaan aan de onderstaande voorwaarden: 1 de geleverde zorg voldoet aan de geldende richtlijn "Overdracht van medicatiegegevens in de keten"; 2 de prestatie is geleverd op het moment dat de behandeling in het ziekenhuis aanvangt; 3 er daadwerkelijk een persoonlijk gesprek heeft plaatsgevonden tussen u en de verantwoordelijke zorgverlener; 4 de gevraagde gegevens en documenten vanuit het gesprek, conform de geldende richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' door de verantwoordelijke zorgverlener zijn vastgelegd in het digitale patiëntendossier.

U vindt de geldende richtlijn "Overdracht van medicatiegegevens in de keten" die betrekking heeft op de prestatie "Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname" op www.knmp.nl. Dit is de website van De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie.

7.8 Farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis

Omschrijving	Toelichting
Verzekerde zorg	Ja, maximaal één keer bij ontslag uit het ziekenhuis
Aanvullende voorwaarden vergoeding	U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de prestatie 'Farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis' als is voldaan aan de onderstaande voorwaarden: 1. de geleverde zorg voldoet aan de geldende richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten'; 2. de prestatie is geleverd voor of op het moment dat de voorraad ontslagmedicatie van het ziekenhuis op is en u de UR-geneesmiddelen nodig heeft; 3. er daadwerkelijk een persoonlijk gesprek heeft plaatsgevonden tussen u en de verantwoordelijke zorgverlener; 4. de gevraagde gegevens en documenten vanuit het gesprek, conform de geldende richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' door de verantwoordelijke zorgverlener zijn vastgelegd in het digitale patiëntendossier.

U vindt de geldende richtlijn "Overdracht van medicatiegegevens in de keten" die betrekking heeft op de prestatie "Farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis" op www.knmp.nl. Dit is de website van De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie.

7.9 Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroep

Omschrijving	Toelichting
Verzekerde zorg	Nee

7.10 Advies farmaceutische zelfzorg

Omschrijving	Toelichting
Verzekerde zorg	Nee

7.11 Advies gebruik uitsluitend recept geneesmiddelen tijdens reis

Omschrijving	Toelichting
Verzekerde zorg	Nee

7.12 Advies ziekterisico bij reizen

Omschrijving	Toelichting
Verzekerde zorg	Nee

7.13 Onderlinge dienstverlening

Omschrijving	Toelichting
Verzekerde zorg	Nee

7.14 Facultatieve zorgprestaties

Omschrijving	Toelichting
Verzekerde zorg	Ja, wanneer de betreffende prestatie door ons gecontracteerd is.

Op www.zilverenkruis.nl vindt u een overzicht van de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld voor de prestaties farmacie. Uiteraard kunt u deze informatie ook bij ons opvragen.

8 Farmaceutische zorg die niet voor vergoeding in aanmerking komt

De volgende farmaceutische zorg komt op basis van dit reglement niet voor vergoeding in aanmerking:

- a. farmaceutische zorg in de bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
- b. geneesmiddelen en/of advies ter voorkoming van ziekte in het kader van een reis;
- c. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet voor vergoeding in aanmerking komt, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- d. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet;
- f. de eigen bijdrage, zoals die beschreven is in dit reglement;
- g. zelfzorggeneesmiddelen, anders dan beschreven in artikel [4.4.4](#);
- h. homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen.

9 Maximale vergoedingsperiode en afleverhoeveelheden

9.1 Standaard vergoedingsperiode en afleverhoeveelheden

Per voorschrift heeft u aanspraak op en/of worden de kosten van de geneesmiddelen maximaal vergoed voor een periode van:

- 15 dagen, dan wel de kleinste afleververpakking wanneer die meer bevat dan voor 15 dagen, indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
- 1 maand, indien de kosten per geneesmiddel per maand meer dan € 1.000,- bedragen gedurende de instelperiode (eerste 6 maanden) na de eerste uitgifte;
- 3 maanden, bij chronisch gebruik van dure geneesmiddelen door goed ingestelde patiënten. Uitzonderingen zijn door ons aangewezen geneesmiddelen die geschikt zijn om voor een langere periode af te leveren én de orale anticonceptiva. Deze middelen kunnen in voorkomende gevallen voor langer dan 3 maanden tot maximaal een jaar worden verstrekt;
- 15 dagen, bij geneesmiddelengebruik tijdens intensieve zorg thuis (farmaceutische zorg tijdens de palliatieve en terminale fase) tenzij er tussen professionals, zoals huisarts, wijkverpleegkundigen en apothekers(assistenten) specifieke afspraken zijn gemaakt.

Voor insuline en de anticonceptiepil (voor vrouwen tot 21 jaar) is alleen bij de eerste levering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.

9.2 Afleveringen tijdens langdurig verblijf in het buitenland (vakantieregeling)

Alle afleveringen die niet vallen binnen de standaard vergoedingsperiode en afleverhoeveelheden (zie artikel [9.1](#)) en waarbij de kosten van het geneesmiddel minder dan € 1.000,- per maand bedragen, mag de zorgaanbieder voor maximaal 6 maanden afleveren en bij ons declareren. Op het recept moet staan dat het gaat om een vakantielevering en het mag niet gaan om een weekterhandstelling.

Bij alle afleveringen die niet vallen binnen de standaard vergoedingsperiode en afleverhoeveelheden (zie artikel [9.1](#)) en waarbij de kosten van het geneesmiddel méér dan € 1.000,- per maand bedragen of waar het gaat om een weekterhandstelling, geven wij uitsluitend na machtiging toestemming voor vergoeding voor maximaal 6 maanden.

In de aanvraag moet het volgende vermeld staan:

- om welke medicatie het gaat,
- welke dosering,
- welke periode en
- wat de plaats van bestemming is.

Zilveren Kruis geeft voor afleveringen van geneesmiddelen die vallen buiten de standaard vergoedingsperiode en afleverhoeveelheden (zie artikel [9.1](#)) en voor een langere periode dan 6 maanden geen toestemming.

Begrippenlijst

Apotheek

Onder apotheek verstaan wij apotheekhoudende huisartsen of (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken en poliklinische apotheken.

Besluit

Het Besluit zorgverzekering, zoals gepubliceerd in het Staatsblad 2005, 389, inclusief latere wijzigingen.

Contract met preferentiebeleid

Hieronder verstaan wij een overeenkomst tussen ons en de apotheek, waarin specifieke afspraken zijn gemaakt over het preferentiebeleid en/of de levering en betaling van farmaceutische zorg.

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- a. de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten; en/of
- b. advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, een en ander rekening houdend met het Reglement Farmaceutische Zorg dat wij hebben vastgesteld.

IDEA-contract

IDEA staat voor Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apotheken. Dit is de overeenkomst tussen ons en een apotheek, waarin specifieke afspraken over de farmaceutische zorg zijn gemaakt.

Medische noodzaak

Bij identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen vergoeden wij alleen de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen, of bij een IDEA-contract het geneesmiddel dat de apotheek heeft aangewezen. Is er geen geneesmiddel aangewezen? Dan heeft u recht op het laagst geprijsde geneesmiddel. Uw apotheker kan u vertellen welk geneesmiddel het laagst geprijsd is. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op vergoeding van een niet-aangewezen geneesmiddel. Er is sprake van medische noodzaak, als het voor u medisch onverantwoord is wanneer u behandeld wordt met het voorkeursmiddel. Dat kan in uitzonderlijke gevallen voorkomen wanneer de samenstelling, dosering of toedieningsvorm van een geneesmiddel zo bijzonder is, dat er voor u maar één bepaald (merk)geneesmiddel in aanmerking komt. Op het moment dat de (huis)arts het niet medisch noodzakelijk acht, komt u niet in aanmerking voor vergoeding van dit middel. Als de apotheek twijfelt over de medische noodzaak, zal de apotheek dit afstemmen met de voorschrijver van het geneesmiddel. De (huis)arts mag alleen medische noodzaak op het recept noteren, als het medisch onverantwoord is, wanneer u behandeld wordt met het voorkeursmiddel.

Medisch gespecialiseerde leverancier

Leverancier van medische producten, bijvoorbeeld van dieetpreparaten en/of andere medische hulpmiddelen.

Preferente geneesmiddelen

De door ons, binnen een groep identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen, aangewezen voorkeursmiddelen.

Regeling

De Regeling zorgverzekering, zoals gepubliceerd in de Staatscourant 2005, 171, inclusief latere wijzigingen.

Voorschrijver

Diegene die bevoegd is om farmaceutische zorg voor te schrijven.

Wij/ons

Zilveren Kruis.

Wij helpen u graag verder



Kijk op zk.nl/contact

Voor een overzicht van alle contactmogelijkheden



Wilt u liever iemand persoonlijk spreken?

Wij zijn bereikbaar op 071 751 00 51

- Op werkdagen van 8.00 tot 20.00 uur
(donderdag 24 en 31 december van 8.00 tot 17.00 uur)
- Op zaterdag van 9.00 tot 13.00 uur
- Extra: Zondag 27 december 09.00 - 17.30 uur (Alleen via WhatsApp bereikbaar op 06 83 60 18 05)



Schrijven kan natuurlijk ook

Zilveren Kruis, Postbus 444, 2300 AK Leiden

Er zijn informatiedocumenten over uw zorgverzekering beschikbaar.
U kunt deze documenten bekijken en downloaden via
zk.nl/informatiedocument. Heeft u vragen belt u dan 071 751 00 51.

Kijk op zk.nl voor een overzicht van gecontracteerde zorgverleners, de hoogte van de vergoeding bij de niet-gecontracteerde zorgverleners, het Reglement Hulpmiddelen, het Reglement Farmaceutische zorg, het Reglement Zvw-pgb, de Beroepsverenigingen van alternatief genezers die voldoen aan de criteria van Zilveren Kruis, de polisvoorwaarden, brochures, formulieren en overige informatie over onze verzekeringen.
U kunt de informatie ook bij ons opvragen.

Voor de zorgverzekeringen van Zilveren Kruis is Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Utrecht (KvK 06088185, AFM 12000646) de verzekeraar. Voor de aanvullende verzekeringen van Zilveren Kruis is Achmea Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Zeist (KvK 28080300, AFM 12000647) de verzekeraar.

Wij doen ons uiterste best om u goede en duidelijke informatie te geven. Klopt er iets niet in onze communicatie? Geef het dan aan ons door zodat wij het kunnen herstellen. Staan er onjuistheden in? Dan is Zilveren Kruis hiervoor niet aansprakelijk. Aan de inhoud van dit product of deze dienst kunt u geen rechten ontleen.