Zilveren Kruis



Reglement Farmaceutische Zorg

Ingangsdatum 1 januari 2027

Voor Basis Start

Bekijk online versie →

Inhoudsopgave

Reglement Farmacie 3
1 Over het reglement 3
1.1 Waarom een reglement? 3
1.2 Hoe is het reglement tot stand gekomen? 3
1.3 Op welke basisverzekering(en) is het reglement van toepassing? 3
2 Rechten van de verzekerde 4
3 Leveranciers van farmaceutische zorg 5
3.1 Deze voorwaarden voor uw vergoeding gelden altijd 5
3.2 Apotheek met contract 5
3.3 Apotheek zonder contract 5
4 Vergoedingsregels voor in Nederland 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 (in Nederland) geregistreerde geneesmiddelen 8
6 Dieetpreparaten 9
7 Prestaties 10
7.1 Terhandstelling van een geneesmiddel 10
7.2 Terhandstelling en begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel 10
7.3 Terhandstelling door middel van een GDV (verpakking per innamemoment) 10
7.4 Instructie patiënt geneesmiddel-gerelateerd hulpmiddel 10
7.5 Medicatiebeoordeling chronisch 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 13
7.13 Onderlinge dienstverlening 13
7.14 Facultatieve zorgprestaties 13
8 Farmaceutische zorg die niet voor vergoeding in aanmerking komt 14
9 Maximale vergoedingsperiode en afleverhoeveelheden 15
9.1 Standaard vergoedingsperiode en afleverhoeveelheden 15
9.2 Afleveringen tijdens langdurig verblijf in het buitenland (vakantieregeling) 15
Begrippenlijst 16

Reglement Farmacie

1 Over het reglement

1.1 Waarom een reglement?

Het Reglement Farmaceutische Zorg 2027 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 meer over welk contract wij met apotheekhoudenden 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 de farmaceutische zorg die in de verzekeringsovereenkomst is opgenomen. Welke farmaceutische zorg dat is, vindt u in:

a. de Zorgverzekeringswet, zoals gepubliceerd in het Staatsblad 2005, 358, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'de zorgverzekeringswet');
b. het Besluit zorgverzekering, zoals gepubliceerd in het Staatsblad 2005, 389, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'het besluit');
c. de Regeling zorgverzekering, zoals gepubliceerd in de Staatscourant 2005, 171, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'de regeling');
d. de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
e. interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
f. 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 farmaceutische zorg indien u voldoet aan deze criteria. De meest recente versie van het besluit en de regeling vindt u op wetten.overheid.nl. Wijzigt 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 Op welke basisverzekering(en) is het reglement van toepassing?

Het Reglement Farmaceutische Zorg is van toepassing op de basisverzekering(en) Basis Start van 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 farmaceutische zorg volgens dit reglement en met inachtneming van wat in uw polisvoorwaarden is bepaald.

3 Leveranciers van farmaceutische zorg

Om farmaceutische zorg te kunnen leveren aan verzekerden, sluiten wij contracten met preferentiebeleid (voorkeursbeleid) af met apotheken. Het kan voorkomen dat wij geen contract hebben met een apotheek. Dit kan gevolgen hebben voor de vergoeding. Dit leest u in artikel 3.3. Voor de levering van dieetpreparaten sluiten wij alleen contracten af met medische speciaalzaken. Laat u dieetpreparaten leveren door een apotheek of een niet-gecontracteerde medische speciaalzaak? Dan kan dit gevolgen hebben voor de vergoeding. Dit leest u in artikel 3.3.

3.1 Deze voorwaarden voor uw vergoeding gelden altijd

Of wij nu wel of geen contract hebben met een apotheek of medische speciaalzaak, de volgende regels gelden altijd:

1. u heeft het geneesmiddel en/of dieetpreparaat tot maximaal de vergoedingslimiet (zie ook artikel 4.1) en uitsluitend als aan eventuele aanvullende vergoedingsvoorwaarden is voldaan (zie ook 6).
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.
4. als er van een geneesmiddel meerdere op basis van stof, sterkte en toedieningsroute 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).

3.2 Apotheek met contract

Hierbij geldt dat de apotheek of medisch speciaalzaak de geleverde farmaceutische zorg rechtstreeks bij ons declareert.

3.3 Apotheek zonder contract

Met sommige apotheken en medische speciaalzaken hebben wij geen afspraken gemaakt over de farmaceutische zorg die zij mogen leveren aan onze verzekerden. Neemt u bij een niet-gecontracteerde apotheek of medische speciaalzaak farmaceutische zorg af? Dan geldt het volgende:

a. u moet de kosten voor de geleverde zorg eerst zelf aan de apotheek of medische speciaalzaak betalen.
b. u dient de nota bij ons in.
c. neemt u dieetpreparaten af bij een niet-gecontracteerde apotheek of medische speciaalzaak? Dan moet die apotheek of medische speciaalzaak de verklaring controleren en in uw dossier opslaan.

U heeft aanspraak op:

- farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten): tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners);
- prestaties (dienstverlening, zie voor de omschrijving artikel 7): tot maximaal 70% 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.

Hardheidsclausule

Zorgbemiddeling kan u helpen bij het vinden van een zorgverlener die past bij uw situatie. Kiest u voor een zorgverlener met een contract? Dan vergoeden wij het afgesproken tarief volledig. Wilt u naar een zorgverlener zonder contract? Maar vindt u het bedrag dat u zelf moet betalen een belemmering om naar deze zorgverlener te gaan? Dan is er mogelijk sprake van een hinderpaal. U kunt bij ons een schriftelijk verzoek indienen om de lagere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te verhogen. Geef dan bij ons aan dat u een beroep doet op het hinderpaalcriterium en waarom u vindt dat er in uw situatie sprake is van een belemmering. Wij vertellen u binnen 4 weken of wij een hogere vergoeding kunnen bieden.

4 Vergoedingsregels voor in Nederland geregistreerde geneesmiddelen

4.1 Vergoeding volgens wettelijk systeem

De overheid heeft een Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) vastgesteld. In het GVS staat welke in Nederland geregistreerde geneesmiddelen voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking komen en eventueel onder welke voorwaarden.

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

a. onderling vervangbare geneesmiddelen (zie verder artikel 4.2);
b. geneesmiddelen die niet onderling vervangbaar zijn (zie verder artikel 4.3);
c. 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:

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

Onderling vervangbare geneesmiddelen worden door de overheid 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: 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:

a. **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.
b. **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.
c. **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 zn.nl; ga naar ZN-formulieren en kies daarna voor farmacie. U kunt ook gebruik maken van de volgende link: 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, laxeermiddelen, 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 (in Nederland) geregistreerde geneesmiddelen

In een aantal gevallen heeft u ook niet (in Nederland) geregistreerde geneesmiddelen. Het gaat hierbij om geneesmiddelen als bedoeld in:

- artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet,
- artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners,
- artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een in Nederland geregistreerd geneesmiddel dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
- artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een in Nederland geregistreerd geneesmiddel dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet.

U heeft slechts deze geneesmiddelen, als er sprake is van rationele farmacotherapie[1] 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. In bijlage 3 van de Regeling zorgverzekering staat voor welke middelen dit geldt. U kunt de meest actuele bijlage met de voorwaarden vinden op internet: wetten.overheid.nl; tik in het zoekvenster Regeling zorgverzekering; klik op vind; klik op Regeling zorgverzekering; klik in de lijst links onderaan op Bijlage 3.

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 Zorginstituut Nederland. Deze lijst is te vinden in het Farmcotherapeutisch Kompas van Zorginstituut Nederland,
- 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 ten minste de volgende gegevens bevatten:

- de door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGJ) verleende toestemming voor het in de handel brengen van het niet-geregistreerde 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
- wetenschappelijke literatuur waaruit de werkzaamheid en effectiviteit van het niet-geregistreerde allergeen blijkt.

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

[1]De 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 medische speciaalzaak vastgesteld heeft dat aan de voorwaarden is voldaan. Wanneer u niet aan de voorwaarden van de 'Verklaring dieetpreparaten' voldoet, bestaat er in een aantal gevallen, op de verklaring aangeduid met XM, de mogelijkheid tot het indienen van een individuele machtigingsaanvraag.

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. Alle prestaties hebben betrekking op de verstrekking van UR-geneesmiddelen. Dit zijn geneesmiddelen die alleen op recept verstrekt mogen worden. 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 geneesmiddel

Omschrijving	Toelichting
Verzekerde zorg	Ja
Aanvullende voorwaarden vergoeding	U heeft alleen de prestatie 'terhandstelling van een geneesmiddel' als is voldaan aan onderstaande 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'.

7.2 Terhandstelling en begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel

Omschrijving	Toelichting
Verzekerde zorg	Ja
Aanvullende voorwaarden vergoeding	U heeft alleen de prestatie 'Terhandstelling en begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel', als is voldaan aan onderstaande aanvullende voorwaarden: 1. als er vanuit uw basisverzekering aanspraak op vergoeding bestaat van het betreffende geneesmiddel; 2. 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.

7.3 Terhandstelling door middel van een GDV (verpakking per innamemoment)

Omschrijving	Toelichting
Verzekerde zorg	Ja
Aanvullende voorwaarden vergoeding	U heeft alleen de prestatie 'Terhandstelling door middel van een GDV', als de 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 "Zorg voor patiënten met geneesmiddelen in geïndividualiseerde distributievorm (GDV)" voor deze prestatie. Dit moet zijn gebleken uit overleg tussen voorschrijver, apotheker en verzekerde.

U vindt de richtlijn "Zorg voor patiënten met geneesmiddelen in geïndividualiseerde distributievorm (GDV)" op www.knmp.nl. Dit is de website van De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie.

7.4 Instructie patiënt 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.

Omschrijving	Toelichting
Aanvullende voorwaarden vergoeding	U heeft alleen 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 geneesmiddel' (zie 7.1).

7.5 Medicatiebeoordeling chronisch geneesmiddelengebruik

Omschrijving	Toelichting
Verzekerde zorg	Ja, maximaal één keer per jaar
Aanvullende voorwaarden vergoeding	U heeft alleen de prestatie 'Medicatiebeoordeling chronisch 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" en/of de KNMP-richtlijn "Medicatiebeoordeling".

De richtlijn "Polyfarmacie bij ouderen" vindt u op nhg.org, de website van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

N.B. In 2027 zijn de kosten van deze farmaceutische zorgprestatie 'medicatiebeoordeling chronisch geneesmiddelengebruik' door ons vrijgesteld van doorbelasting in het eigen risico. Overige farmaceutische zorg komt wel ten laste van het 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 prestatie 'Farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/ 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 polikliniekbezoek; 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

Omschrijving	Toelichting
Aanvullende voorwaarden vergoeding	U heeft alleen 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 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 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.

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. anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder, tenzij er een medische indicatie voor is. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorragie (hevig bloedverlies);
b. geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
c. farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat u daar geen recht op heeft;
d. geneesmiddelen voor onderzoek die staan 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. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
g. zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen;
h. alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in dit Reglement Farmaceutische Zorg;
i. homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen;
j. niet geregistreerde allergenen, tenzij de behandeling met een geregistreerd allergeen niet mogelijk is. U heeft alleen recht op een niet geregistreerd allergeen op basis van een door ons afgegeven machtiging op individuele basis.

9 Maximale vergoedingsperiode en afleverhoeveelheden

9.1 Standaard vergoedingsperiode en afleverhoeveelheden

Per voorschrift heeft u geneesmiddelen voor een periode van maximaal:

- 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 terhandstelling door middel van een GDV (zie artikel 7.3

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 terhandstelling door middel van een GDV (zie artikel 7.3, 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 (voorkeursbeleid)

Hieronder verstaan wij een overeenkomst tussen ons en de apotheek, waarin specifieke afspraken zijn gemaakt over het preferentiebeleid (voorkeursbeleid) 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.

Medische noodzaak

Bij op basis van stof, sterkte en toedieningsroute identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen vergoeden wij alleen de geneesmiddelen die wij op basis van het preferentiebeleid (voorkeursbeleid) hebben aangewezen. 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.

Medische speciaalzaak

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

Preferente geneesmiddelen

De door ons, binnen een groep op basis van stof, sterkte en toedieningsroute 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

.

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
Kijk op zk.nl/contact voor een overzicht van alle openingstijden



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 zilverenkruis.nl voor een overzicht van gecontracteerde zorgverleners, de hoogte van de vergoeding bij 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 Leiden (KvK 06088185, AFM 12000646) de verzekeraar. Voor de aanvullende verzekeringen van Zilveren Kruis is Achmea Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Leiden (KvK 28080300, AFM 12000647) de verzekeraar.

94491-2701

ZEKERHEID OVER JE VERZEKERINGSVOORWAARDEN DuurzameDrager.nl