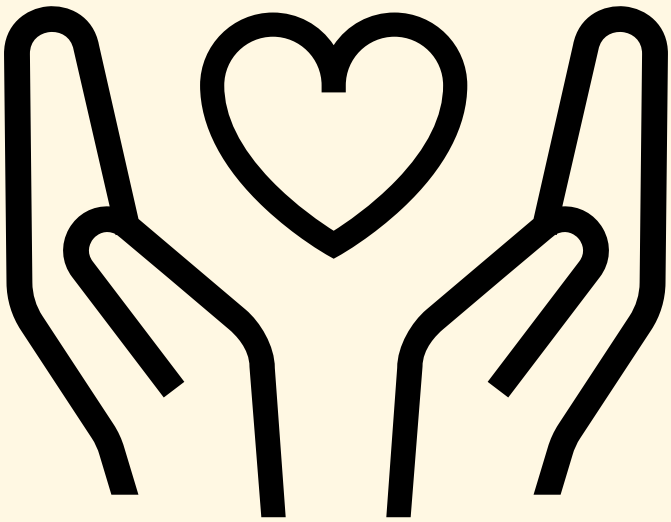
a.s.r.



ik kies zelf

Ik kies zelf van a.s.r. Reglement Farmaceutische zorg Vrije Keuze

Klik op de titels om uw informatie snel te vinden. Wilt u gedetailleerd zoeken? Klik dan op 'Inhoud'.

Inhoud

1. Algemeen 3

2. Geneesmiddelen en vergoedingen 3

3. Medische Noodzaak 4

4. Toestemming voor de (gedeeltelijke) verstrekking/vergoeding van geneesmiddelen 4

5. Hoeveelheden ter handstelling 5

6. Niet-geregistreerde geneesmiddelen en gelijkwaardige apotheekbereidingen 5

7. Hulpmiddelen 5

1. Algemeen

Dit Reglement maakt onderdeel uit van de polisvoorwaarden en hoort bij artikel 18.8 (farmaceutische zorg).
Dit Reglement bevat informatie over ons vergoedingsbeleid bij geneesmiddelen, het voorkeursbeleid en medische noodzaak bij een merkgeneesmiddel. De geneesmiddelen die wij hebben aangewezen volgens ons voorkeursbeleid en verdere informatie hierover kunt u vinden op onze website: www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/medicijnen.

Dit Reglement is een uitwerking van de polisvoorwaarden van a.s.r. Vrije Keuze die weer een uitwerking zijn van het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering voor wat betreft de farmaceutische zorg, zoals die geldt vanaf 1 januari 2025. 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. Wij hebben onze nadere voorwaarden in dit Reglement vastgelegd.

2. Geneesmiddelen en vergoedingen

In Nederland bepaalt de overheid (VWS) welke geneesmiddelen voor vergoeding in aanmerking komen. Wanneer geneesmiddelen voor vergoeding in aanmerking komen, worden ze opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). In het GVS worden geneesmiddelen geregistreerd volgens verschillende bijlagen. Deze bijlagen zijn te vinden in de Regeling zorgverzekering (Rzv) [1]. Hieronder leggen wij deze bijlagen voor u uit en geven we aan wat ons vergoedingsbeleid is.

2.1 Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen

a. De lijst met onderling vervangbare geneesmiddelen is opgenomen op Bijlage 1a van de Regeling zorgverzekering.
b. Onderling vervangbare geneesmiddelen worden ingedeeld in clusters (groepen) geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof. Geneesmiddelen in één cluster hebben dezelfde werking en het maakt dus geen verschil welk geneesmiddel uit dit cluster u meekrijgt van de apotheek.
c. Wij wijzen per cluster één geneesmiddel aan dat vergoed wordt, we noemen dat het voorkeursgeneesmiddel. Voor het voorkeursgeneesmiddel betaalt u geen eigen risico. De andere geneesmiddelen in het cluster krijgt u niet vergoed, tenzij er sprake is van medische noodzaak (zie artikel 3).
d. Een overzicht van onze voorkeursgeneesmiddelen kunt u vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/medicijnen. Iedere maand publiceren wij een overzicht van deze voorkeursgeneesmiddelen.
e. Wij hebben niet voor alle clusters een voorkeursmiddel aangewezen. In een cluster zonder aangewezen voorkeursmiddel, wijzen wij alle geneesmiddelen aan.

2.2 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 op Bijlage 1b van de Regeling zorgverzekering.
c. Voor de niet-onderling vervangbare geneesmiddelen vergoeden wij de kosten zoals vermeld op www.medicijnkosten.nl.

1 https://wetten.overheid.nl/BWBR0018715

2.3 Geregistreerde geneesmiddelen met aanvullende voorwaarden voor vergoeding

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 https://wetten.overheid.nl/zoeken.
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').
c. Dieetpreparaten staan ook op Bijlage 2 van de Rzv. Voor vergoeding moet voldaan worden aan de voorwaarden van Bijlage 2, onderdeel 1 van de Rzv. De voorwaarden die hiervoor gelden, vindt u ook op www.znformulieren.nl. De voorschrijver en/of de apotheker weet aan welke voorwaarden u moet voldoen.
d. In de volgende gevallen heeft u vooraf onze toestemming nodig
    a. Babyvoeding bij koemelkallergie zonder dat er een provocatietest is uitgevoerd;
    b. Babyvoeding bij koemelkallergie voor kinderen van 2 jaar en ouder;
    c. Babyvoeding bij koemelkallergie in een hoeveelheid van meer dan 1000 ml per dag.

2.4 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.

Eigen Bijdrage

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. Voor voorkeursgeneesmiddelen betaalt u nooit een eigen bijdrage.

Naast de verschillende geneesmiddelen en de vergoedingen die hierboven beschreven zijn, heeft u recht op een vergoeding van de zorg die de apotheek aan u levert. Dat kan bijvoorbeeld de levering van een geneesmiddel zijn, een begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of medicatiebeoordeling als u ontslagen wordt uit een ziekenhuis of instelling. De regels over de zorg die de apotheek levert, worden bepaald door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). U kunt deze regels vinden via deze link: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_279429_22/1/.

3. Medische Noodzaak

Het kan voorkomen dat u niet goed reageert op een geneesmiddel dat wij hebben aangewezen als voorkeursmiddel. U kunt bijvoorbeeld allergisch zijn voor een bepaalde hulpstof of er kan een andere, medische reden zijn. Dit komt gelukkig zelden voor. Als dit wel voorkomt, vermeldt uw arts 'Medische Noodzaak' op uw recept. Uw arts moet de medische noodzaak kunnen onderbouwen. De apotheker zoekt dan een ander geneesmiddel in hetzelfde cluster dat u wel veilig kunt gebruiken. In dat geval krijgt u dit andere geneesmiddel wel vergoed.

Let op: Bij dit geneesmiddel is het eigen risico van toepassing. De apotheek kan dit geneesmiddel rechtstreeks bij ons declareren.

4. Toestemming voor de (gedeeltelijke) verstrekking/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 behandelaar/voorschrijver meesturen.
c. Bij de toestemming kunnen wij bepalen voor welke termijn deze toestemming geldt.
d. De toestemming geldt alleen voor het gebruik van geneesmiddelen in de thuissituatie.

5. Hoeveelheden ter handstelling

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

a. Bij nieuw voorgeschreven geneesmiddelen wordt de 15 dagen eerste aflevering gehanteerd dan wel de kleinste afleververpakking;
b. Bij geneesmiddelen boven de € 1.000,- per maand wordt na de eerste uitgifte maximaal 1 maand afgeleverd gedurende de instelperiode (eerste 6 maanden);
c. Bij chronisch gebruik van (dure) geneesmiddelen door goed ingestelde patiënten wordt voor maximaal 3 maanden afgeleverd. Voor sommige geneesmiddelen voor chronisch gebruik kunnen uitzonderingen gemaakt worden;
d. Bij geneesmiddelengebruik tijdens intensieve zorg thuis (farmaceutische zorg tijdens de palliatieve en terminale fase) is maatwerk nodig per patiënt door overleg tussen professionals, zoals huisarts, wijkverpleegkundigen en apothekers(assistenten). Aflevering maximaal per 15 dagen wordt gehanteerd, tenzij specifieke afspraken zijn gemaakt in het overleg tussen zorgaanbieders zoals hierboven genoemd.

6. Niet-geregistreerde geneesmiddelen en gelijkwaardige apotheekbereidingen

Slechts in enkele situaties kan het voorkomen dat de kosten van niet-geregistreerde geneesmiddelen worden vergoed vanuit de basisverzekering. Dit kan als er sprake is van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor de zorgverzekering. Niet-geregistreerde geneesmiddelen die in aanmerking komen voor vergoeding zijn:

a. Apotheekbereidingen als er geen vergelijkbaar geregistreerd geneesmiddel in het GVS zit.
b. Geneesmiddelen die speciaal door een arts voor de patiënt worden besteld bij een fabrikant die daartoe bevoegd is.
c. Geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van de arts worden ingevoerd na goedkeuring door de Inspectie gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Dit kan alleen als de patiënt een zeldzame aandoening heeft die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners.

Een apotheekbereiding wordt niet vergoed wanneer deze bijna hetzelfde is als een geregistreerd geneesmiddel dat niet in het GVS zit. Er kunnen 2 uitzonderingen worden gemaakt. Een apotheekbereiding kan wel vergoed worden:

a. Als de apotheekbereiding al in de praktijk wordt gebruikt vóórdat een gelijkwaardig geneesmiddel geregistreerd wordt dat bijna hetzelfde is. De apotheekbereiding kan dan vergoed blijven worden tot het besluit over opname in het GVS.
b. Als het geregistreerde geneesmiddel niet in het GVS opgenomen is omdat de prijs te hoog is in verhouding tot het voordeel voor de verzekerde. Of omdat de prijs van het geregistreerde geneesmiddel te hoog is in verhouding tot de totale kosten van de zorg.

In Bijlage 3A van de Rzv staat welke geneesmiddelen dit zijn.

7. Hulpmiddelen

Ketonen teststrips mogen niet via apotheek of apotheek houdend huisartsen geleverd worden.
RT-CGM, FGM en insulinepompen mogen niet via apotheek of apotheek houdend huisartsen geleverd worden.

Het Reglement Hulpmiddelen Vrije Keuze kunt u vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

a.s.r.
Archimedeslaan 10
3584 BA Utrecht
www.asr.nl

ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V., KVK 32110828 Utrecht

57393_1224