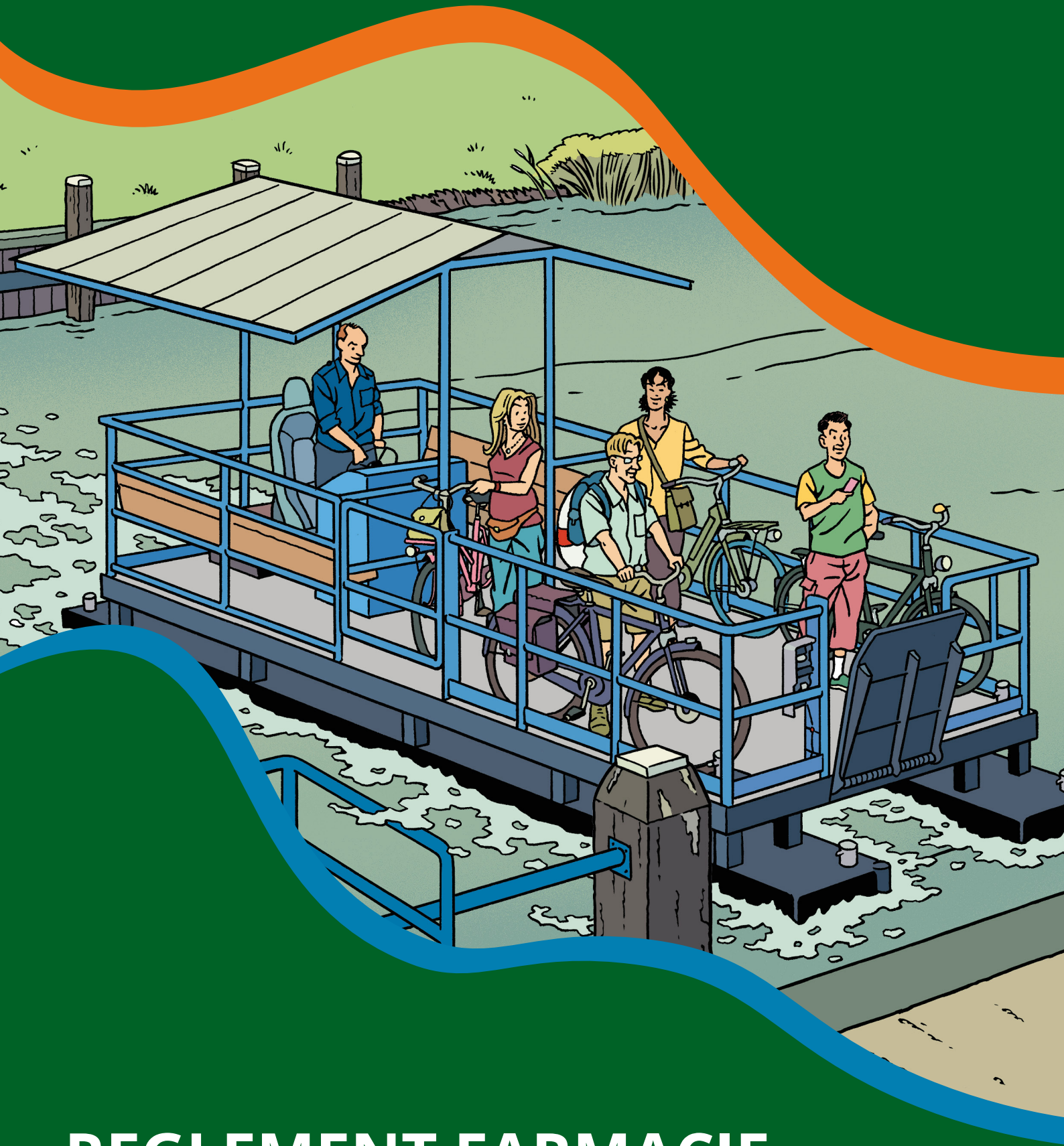
DSW
zorgverzekeraar



REGLEMENT FARMACIE 2027

INHOUD

1.	**ALGEMEEN**	**3**
2.	**TOEPASSELIJKE REGELGEVING**	**3**
3.	**TOESTEMMING MIDDELS EEN MACHTIGING**	**3**
4.	**FARMACEUTISCHE ZORG**	**3**
5.	**HOEVEELHEDEN GENEESMIDDELEN**	**4**
6.	**ALGEMENE BEPALINGEN GENEESMIDDELEN**	**5**
6.1	Rationele farmacotherapie	5
6.2	Zelfzorggeneesmiddelen voor chronisch gebruik	6
6.3	Dieetvoeding	6
6.4	Nadere voorwaarden waaronder bepaalde geneesmiddelen worden vergoed	7
BIJLAGE A		**8**
BIJLAGE B		**9**

1. Algemeen

Dit Reglement Farmacie (hierna: 'Reglement') is een uitwerking van de polisvoorwaarden van DSW Zorgverzekeraar voor wat betreft aanspraak op farmaceutische zorg, zoals deze geldt vanaf 1 januari 2027.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft bepaald welke farmaceutische zorg onder welke voorwaarden en bij welke medische indicaties voor vergoeding in aanmerking komt. Dit is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet en aanverwante regelgeving. Zorgverzekeraars kunnen op grond van de wet aanvullende voorwaarden stellen aan de vergoeding van farmaceutische zorg. DSW Zorgverzekeraar heeft deze voorwaarden in dit Reglement opgenomen. Dit Reglement maakt deel uit van de polisvoorwaarden.

Dit reglement verwijst naar informatie op lijsten die tussentijds kunnen worden gewijzigd. Als in het reglement wordt gesproken over medicijn, medicijnen of medicatie dan bedoelen wij geneesmiddel(en) en andersom. Deze begrippen gebruiken wij door elkaar.

2. Toepasselijke regelgeving

Op dit Reglement is de Regeling zorgverzekering van toepassing. Een actuele versie van de Regeling zorgverzekering vindt u op www.overheid.nl.

3. Toestemming middels een machtiging

Waar toestemming van DSW Zorgverzekeraar wordt vereist, geldt de volgende procedure:

a. het schriftelijk verzoek om toestemming moet tijdig en vooraf door of namens de verzekerde worden ingediend;
b. het verzoek om toestemming middels een machtiging gaat vergezeld van een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de behandelend arts;
c. DSW Zorgverzekeraar bepaalt voor welke termijn de verleende toestemming geldt.

4. Farmaceutische zorg

Farmaceutische zorg omvat het ter hand stellen van medicijnen of advies en begeleiding zoals een apotheker deze hoort te bieden voor goed gebruik van geneesmiddelen. Als u een geneesmiddel ontvangt, wordt in de apotheek bijvoorbeeld gecontroleerd of het samen met eventuele andere geneesmiddelen gebruikt kan worden en of u het geneesmiddel veilig kunt gebruiken als u eventuele andere aandoeningen heeft. U kunt op dat moment, maar ook tussentijds, de werking van het geneesmiddel en eventuele bijwerkingen bespreken met uw apotheker. Farmaceutische zorg bestaat uit verschillende prestaties zoals omschreven in de NZa beleidsregel voor farmaceutische zorg. Afhankelijk van uw persoonlijke situatie heeft u recht op vergoeding van deze verschillende beschreven zorgprestaties via de terhandstelling van UR geneesmiddelen.

De terhandstelling van UR geneesmiddelen (geneesmiddelen die uitsluitend op recept ter hand mogen worden gesteld) omvat: het rechtstreeks aan de patiënt of diens verzorger verstrekken of bezorgen van een geneesmiddel en de zorg die direct daarmee samenhangt. U heeft ook recht op vergoeding van (nieuwe)facultatieve prestaties farmaceutische zorg conform de NZa beleidsregel indien uw apotheker hier afspraken met ons over heeft gemaakt.

Ongecontracteerde zorg

Wanneer u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts gaat waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten, dan vergoeden wij de farmaceutische zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van de polisvoorwaarden voor de basisverzekering.

5. Hoeveelheden geneesmiddelen

Per voorschrift vergoedt de Zorgverzekeraar de kosten van aflevering en de afgeleverde geneesmiddelen voor een periode, die zorginhoudelijk verantwoord is, van:

a. Vijftien dagen, dan wel de kleinste afleververpakking, indien het voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft of het betreft een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica;
b. Bij geneesmiddelen boven de € 500,- per maand wordt na de eerste uitgifte maximaal 1 maand afgeleverd gedurende de instelperiode (eerste 6 maanden);
c. Bij chronisch gebruik van dure geneesmiddelen, zoals bij lid b benoemd, door goed ingestelde patiënten, wordt voor maximaal 3 maanden afgeleverd. Voor sommige geneesmiddelen voor chronisch gebruik kunnen uitzonderingen gemaakt worden;
d. Drie maanden, of de voorgeschreven periode op het recept, tot maximaal 1 (één) jaar voor geneesmiddelen ter behandeling van chronische ziekten, orale anticonceptiva of insuline met uitzondering van hypnotica en anxiolytica. Dit geldt ook voor geneesmiddelen tijdens vakantie; deze hoeven niet vooraf aangevraagd te worden;
e. 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). Tenzij er specifieke afspraken zijn gemaakt in het overleg tussen de zorgprofessionals, wordt een aflevering van maximaal 15 dagen gehanteerd;
f. 1 (één) maand in overige gevallen.

6. Algemene bepalingen geneesmiddelen

6.1 RATIONELE FARMACOTHERAPIE

Dit betreft niet-geregistreerde geneesmiddelen (waarvoor geen handelsvergunning is verleend), die op grond van de Geneesmiddelenwet mogen worden verhandeld en aan de patiënt ter hand mogen worden gesteld voor zover het gaat om:

a. apotheekbereidingen, zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onderdeel a Geneesmiddelenwet;
b. geneesmiddelen, zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onderdeel c Geneesmiddelenwet. Het gaat hierbij om drie categorieën.
    1. De eerste categorie betreft niet-geregistreerde geneesmiddelen (die dus niet in Nederland in de handel zijn) waaraan wel een medische behoefte bestaat, indien er geen adequaat alternatief voorhanden is. Deze geneesmiddelen worden daarom door een fabrikant in Nederland speciaal gemaakt voor de betrokken patiënten op een gespecificeerd verzoek van hun arts, na toestemming van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
    2. De tweede categorie betreft geneesmiddelen die in Nederland niet in de handel zijn, maar wel in een ander land. De reden daarvan is meestal dat het om patiënten met een zeldzame ziekte gaat, van wie er in Nederland te weinig zijn om het desbetreffende geneesmiddel op een rendabele manier op de markt te brengen in Nederland. Ten behoeve van deze patiënten is het toegestaan dat een dergelijk geneesmiddel op een gespecificeerd verzoek van hun arts uit een andere lidstaat wordt betrokken dan wel uit een derde land wordt ingevoerd. Het gaat hier om een ziekte waaraan in Nederland niet meer dan 1 op de 150.000 inwoners lijden.
    3. de derde categorie betreft geneesmiddelen waarvoor, met inachtneming van artikel 5 van richtlijn 2001/83 en overeenkomstig bij ministeriële regeling te stellen regels, door de Inspectie gezondheidszorg en jeugd voor bepaalde tijd een ontheffing of vrijstelling is verleend. Het geneesmiddel is dan in de handel in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en is binnen het grondgebied van Nederland gebracht, en dient ter vervanging van een 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 de Geneesmiddelenwet.
    4. de vierde categorie betreft geneesmiddelen waarvoor krachtens artikel 52 van de Geneesmiddelenwet een handelsvergunning is verleend en die dienen ter vervanging van een 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 de Geneesmiddelenwet;

Voorwaarden

Apotheekbereidingen, zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onderdeel a Geneesmiddelenwet, en geneesmiddelen, zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onderdeel c Geneesmiddelenwet, worden alleen vergoed wanneer sprake is van rationele farmacotherapie.

Rationele farmacotherapie is de behandeling 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.

Naast het vereiste dat sprake moet zijn van rationele farmacotherapie, geldt dat de apotheekbereidingen of geneesmiddelen die nagenoeg gelijk zijn aan een niet in het GVS opgenomen geregistreerd geneesmiddel, uitgesloten zijn van vergoeding. Hierop zijn twee uitzonderingen:

1. Indien de apotheekbereiding al in de praktijk wordt toegepast voordat het (nagenoeg) gelijkwaardige geneesmiddel is geregistreerd, wordt de apotheekbereiding vergoed in de periode vanaf de registratie tot het besluit over opname van het geneesmiddel in het GVS.
2. Indien de minister besloten heeft het (nagenoeg) gelijkwaardige geregistreerde geneesmiddel niet in het GVS op te nemen vanwege een ongunstige kosteneffectiviteit of een te hoge budgetimpact, wordt de al dan niet reeds bestaande apotheekbereiding vergoed. Deze geneesmiddelen worden genoemd op bijlage 3A van de Regeling zorgverzekering.

Machtiging
In Bijlage B van dit Reglement zijn geneesmiddelen genoemd waarvoor een voorafgaande toestemming (machtiging) nodig is.

Naast de geneesmiddelen zoals genoemd op Bijlage B is ook voorafgaande toestemming (machtiging) nodig voor apotheekbereidingen van ADHD medicatie bij nieuwe gebruikers.

Voor de aanspraak op vergoeding van de geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onder c van de Geneesmiddelenwet is ook voorafgaande toestemming (een machtiging) van de zorgverzekeraar vereist.

6.2 ZELFZORGGENEESMIDDELEN VOOR CHRONISCH GEBRUIK

Voor zelfzorggeneesmiddelen als bedoeld onder nummer 35 van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering gelden de volgende voorwaarden:

a. op het voorschrift van de behandelend arts moet worden aangegeven dat een verzekerde langer dan zes maanden op het betreffende middel is aangewezen en dat het is voorgeschreven ter behandeling van een chronische aandoening. De aanduiding “C.G.” kan worden gebruikt. De apotheek moet hiervan op de nota melding maken;
b. de kosten van de geneesmiddelen gedurende de eerste 15 dagen komen voor rekening van de verzekerde.

6.3 DIEETVOEDING

Onder dieetvoeding verstaan wij in de polisvoorwaarden en dit Reglement: Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. Deze worden vergoed in het geval een verzekerde niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en die:

a. lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
b. lijdt aan een voedselallergie;
c. lijdt aan een resorptiestoornis;
d. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop is aangewezen op dieetvoeding volgens de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Hierbij gelden de onderstaande voorwaarden:

a. Per voorschrift vergoedt de Zorgverzekeraar de kosten van de afgeleverde dieetpreparaten voor de periode, die zorginhoudelijk verantwoord is.
b. Een volwassen verzekerde heeft bij dieetvoeding voor medisch gebruik aanspraak op het volgende:
    - de eerste levering van een smaakpakket voor ten hoogste 14 dagen;
    - vervolgafleveringen voor ten hoogste 31 dagen;
    - een automatische herhaling van levering voor maximaal 4 weken.
c. Bij een minderjarige verzekerde die lijdt aan voedselallergie met milde klachten geldt voor dieetvoeding de onderstaande tabel met maximale hoeveelheden per dag en per leeftijd van het kind voor grotere hoeveelheid dieetvoeding dan in de tabel is weergegeven en/of voor dieetvoeding voor kinderen boven de 24 maanden is voorafgaande toestemming (machtiging) van ons vereist.

AFLEVERHOEVEELHEDEN MEDISCHE BABYVOEDING

LEEFTIJD KIND	MAXIMALE HOEVEELHEID PER DAG
0 - 12 maanden	1000 ml
12 - 24 maanden	500 ml

d. Voor het vaststellen van de diagnose voedselallergie met milde klachten kan er een eliminatie-herintroductiefase worden ingezet in de thuissituatie. Er is geen aanspraak op dieetvoeding gedurende deze eliminatiefase-herintroductiefase.
e. De huisarts schrijft het recept uit met daarop het af te leveren middel (zo generiek mogelijk), gebruik (de dagdosis), de hoeveelheid (waaruit de geschatte behandelduur blijkt) en de indicatiecode. Overige voorschrijvers schrijven een recept uit en vullen de meest recente landelijk overeengekomen 'Verklaring POLYMERE, OLIGOMERE OF MODULAIRE DIEETPREPARATEN' in.

6.4 NADERE VOORWAARDEN WAARONDER BEPAALDE GENEESMIDDELEN WORDEN VERGOED

Een geneesmiddel dat behalve op Bijlage 1A of 1B ook op Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering is geplaatst, mag alleen worden vergoed wanneer aan bepaalde (wettelijke) indicatievoorwaarden is voldaan. Deze wettelijke voorwaarden zijn opgenomen in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

Een overzicht van de geneesmiddelen waarvoor nadere vergoedingsvoorwaarden gelden, is opgenomen in Bijlage B van dit Reglement. Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering kan gedurende het jaar wijzigen. De meest recente versie is ook te vinden op www.znformulieren.nl (onder 'moet ik een formulier gebruiken').

Voor bijna alle geneesmiddelen van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering kan de apotheker zelf of via een artsenverklaring bepalen of de verzekerde recht heeft op vergoeding van het desbetreffende geneesmiddel. De verzekerde dient de door de (huis) arts ingevulde verklaring tegelijk met het recept bij de apotheek in. Indien de verzekerde (bijvoorbeeld uit privacyoverwegingen) deze artsenverklaring niet in de apotheek wil aanbieden, kan hij deze artsenverklaring ook rechtstreeks aan ons sturen. De beoordeling vindt dan door ons plaats.

BIJLAGE A

GENEESMIDDELEN DIE IN NEDERLAND NIET IN DE HANDEL ZIJN

Voor onderstaande geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 40, derde lid onder c van de Geneesmiddelenwet, heeft het Zorginstituut Nederland aangegeven dat sprake is van rationele farmacotherapie en/of dat de prevalentie van de aandoening onder de 1:150.000 ligt. Voor deze geneesmiddelen is voorafgaande toestemming van de Zorgverzekeraar vereist.

GENEESMIDDEL	RATIONELE FARMACOTHERAPIE BIJ:
3,4-diaminopyridine	Congenitale myasthenie
Droxidop (L-threo-DOPS, L-DOPS)	Dopamine-ß-hydroxylasedeficiëntie
Fosfaat (Phosphore® Sandoz) tabletten	Hypofosfatemische rachitis
Natriumstibogluconaat	Leishmaniasis
Oxandrolon	Constitutionele groeivertraging
Paromomycinesulfaat	Gastro-intestinale cryptosporidiosis bij AIDS-patiënten
Probucol	Tubereuze vormen van xanthomen ten gevolge van hypercholesterolemie
Testolacton	Pubertas praecox
Tiabendazol	Infecties veroorzaakt door Strongyloides stercoralis
Tiopronine	Cystinurie en bij hepatolenticulaire degeneratie, beide bij overgevoeligheid voor penicillamine
Zileuton (Zyflo®)	Syndroom van Sjögren-Larsson

BIJLAGE B

GENEESMIDDELEN WAARVOOR NADERE VERGOEDINGSVOORWAARDEN GELDEN

Voor onderstaande geneesmiddelen gelden naast de in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering vermelde voorwaarden, de eis van voorafgaande toestemming door middel van een machtiging van de zorgverzekeraar (zie voor een actueel overzicht: www.wetten.overheid.nl (Regeling zorgverzekering bijlage 2)

- acoramidis*
- alirocumab*
- asfotase*
- atogepant*
- baricitinib*
- benralizumab*
- bupropion met naltrexon*
- cannabiol*
- codeïne*
- combinatie basale insuline - glp-1-agonist*
- crovalimab*
- danicopan*
- deflazacort*
- dieetpreparaten*
- dulaglutide*
- erenumab*
- evolocumab*
- exenatide*
- fenfluramine*
- fezolinetant*
- finerenon*
- fostemsavir*
- fremanezumab*
- galcanezumab*
- icosapent-ethyl*
- iloprost voor inhalatie
- inclisiran *
- iptacopan*
- ivacaftor*
- keto/ hydroxy-analogen*
- lenacapavir*
- liraglutide*
- lixisenatide*
- lumacaftor/ ivacaftor*
- maralixibat
- mavacamtem*
- miglustat*
- nataluzimab*
- nirmatrelvir/ riyonavir*
- odevixibat
- ofatumumab*
- omalizumab*
- pegcetacoplan*
- pitolisant*
- risdiplam*
- ritlecitinib*
- rozanolixizumab*
- sacubitril/ valsartan (Entresto)*
- semaglutide*
- sildenafil*
- siponimod*
- solriamfetol*
- taperingsstrips
- tadalafil*
- tafamidis*
- teduglutide*
- tezacaftor/ ivacaftor*
- tezacafor/ ivacaftor/ elexacaftor*
- tezepelumab*
- tirzepatide*
- trepostinil subcutaan en iv
- varicella zoster vaccin*
- vutrisiran*
- zilucoplan*

* Voor deze middelen kan de apotheker aan de hand van een artsenverklaring beoordelen of de patiënt recht heeft op vergoeding van het betreffende middel en hoeft er geen separate beoordeling plaats te vinden door de zorgverzekeraar.

EEN DECLARATIE INDIENEN?

U kunt heel eenvoudig digitaal uw rekening bij ons indienen. U gebruikt hiervoor de DSW-app of u kunt een scan van de rekening uploaden via MijnDSW.

Declareert u liever via de post? Vul dan een declaratieformulier in en stuur dit samen met de originele rekening aan ons op.

HEEFT U NOG VRAGEN?

Kijk dan op www.dsw.nl of neem contact met ons op via telefoonnummer 010 - 2 466 466. Wij staan u graag te woord.

DSW zorgverzekeraar

Postbus 173 - 3100 AD Schiedam

www.dsw.nl

010 - 2 466 466

DSW_Zorg

DSW Zorgverzekeraar