

Overige vragen

7.1 Hoe werkt de artsenverklaring

De voorschrijver vult bij A de verzekerdegegevens in, doorloopt bij B een stroomschema en ondertekent bij C. In sommige gevallen kan de artsenverklaring alleen door een bepaalde voorschrijver ingevuld worden (bv. een internist); dit staat dan op het formulier vermeld. Alleen volledig ingevulde en ondertekende verklaringen kunnen door de apotheek worden beoordeeld. De apotheker of de leverancier dieetpreparaten dient de beoordeling vast te leggen bij D. De volledig ingevulde artsenverklaringen dienen conform de wettelijke termijnen bewaard te worden. Zorgverzekeraars kunnen achteraf (steekproefsgewijs) controles uitvoeren om de rechtmatigheid van de declaratie vast te stellen.

7.2 Hoe werkt de apotheekinstructie?

De apotheekinstructie geeft aan of en hoe de wettelijke voorwaarden in de apotheek gecontroleerd moeten worden. Wordt een recept met een artsenverklaring aangeboden in de apotheek, dan worden de controles uitgevoerd die op de apotheekinstructie staan beschreven. Na het doorlopen van deze controles wordt bepaald of het geneesmiddel afgeleverd mag worden ten laste van de zorgverzekeraar. De apotheker tekent voor deze controle op de artsenverklaring. Het getekende formulier wordt bij het recept in de apotheek bewaard ten behoeve van controle achteraf door de zorgverzekeraar.

7.3 Wat is de geldigheidsduur van de artsenverklaring en/of de apotheekinstructie?

Op de artsenverklaring staat in kolom 3 aangegeven of en voor welke termijn het geneesmiddel mag worden afgeleverd ten laste van de zorgverzekeraar. Verklaring van de gebruikte codes in kolom 3 (ook vermeld op de apotheekinstructie onder Stap 2):

- XO: mag niet worden afgeleverd ten laste van de zorgverzekeraar.
- XZ: mag niet worden afgeleverd ten laste van de zorgverzekeraar, valt onder het ziekenhuisbudget.
- 01 tot 36: de maximale afleverduur in maanden waarvoor mag worden afgeleverd ten laste van de zorgverzekeraar.

Vanaf 1 maart 2018 geldt voor bijna alle geneesmiddelen een afleverduur van 36 maanden. Dit geldt ook voor lopende artsenverklaringen. De nieuwe versies van de formulieren staan vanaf 1 maart 2018 op de site. Deze zijn dus alleen nodig voor NIEUWE patiënten. Formulieren met een geldigheidsduur van 12 maanden, die na 1 maart 2017 zijn ingevuld lopen automatisch twee jaar door.

- ∞: mag worden afgeleverd ten laste van de zorgverzekeraar zonder einddatum.

Als de vermelde termijn verlopen is, dient een nieuwe artsenverklaring te worden ingevuld. De vergoedingsvoorwaarden dienen bij iedere aflevering te worden gecontroleerd.

7.4 Wat te doen bij een 'weesindicatie'?

Voor een aantal geneesmiddelen op Bijlage 2 Rzv geldt dat het middel ook vergoed kan worden bij een weesindicatie, indien aan alle onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

- het geneesmiddel is voor die indicatie niet geregistreerd;
- het betreft een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- de werkzaamheid van dat geneesmiddel bij die indicatie is wetenschappelijk onderbouwd;
- in Nederland is voor die aandoening geen behandeling mogelijk met enig ander voor die aandoening geregistreerd geneesmiddel.

De behandelend arts kan voor deze indicaties rechtstreeks bij de betreffende zorgverzekeraar een gemotiveerde vergoedingsaanvraag doen. De zorgverzekeraar heeft dan de volgende gegevens nodig:

- NAW-gegevens en verzekerdenummer van de patiënt;
- de exacte indicatie plus het geschatte aantal patiënten in Nederland;
- behandelingen die al hebben plaatsgevonden, en het resultaat daarvan;
- gepubliceerd onderzoek naar de werkzaamheid bij de betreffende indicatie;
- behandelrichtlijn of –protocol, indien van toepassing.

7.5 Wat als de indicatie waarvoor het middel is voorgeschreven niet op de artsenverklaring staat?

Als de registratie van een geneesmiddel wordt uitgebreid met een nieuwe indicatie, betekent dat bij een Bijlage-2-geneesmiddel niet automatisch dat het dan meteen ook voor de nieuwe indicatie wordt vergoed. Als Zorginstituut Nederland (ZINL) positief adviseert over de nieuwe indicatie, zal VWS doorgaans de Bijlage-2-voorwaarden uitbreiden. Op dat moment kan de nieuwe toepassing worden vergoed en zal dus ook de artsenverklaring worden aangepast.

7.6 Hoe om te gaan met reizigersmedicatie?

De vergoeding van geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen (inclusief reizigersvaccinaties) is uitgesloten in het Besluit zorgverzekering art.2.8 lid 2b: Farmaceutische zorg omvat geen geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen. Dit staat los van de nadere vergoedingsvoorwaarden van Bijlage 2 voor DKTP-, hepatitis A- en hepatitis-B-vaccin. Zorgverzekeraars controleren deze voorwaarden niet vooraf. Dat betekent echter niet dat reizigersmedicatie door de apotheker gewoon gedeclareerd kan worden bij de zorgverzekeraar. De apotheker dient reizigersmedicatie niet bij de zorgverzekeraar te declareren, maar in rekening te brengen bij de verzekerde. Deze kan

de nota, indien gedekt door een aanvullende verzekering, dan zelf bij de zorgverzekeraar indienen.

7.7 Wat als de artsverklaring er anders uitziet dan de artsverklaring van de ZN-site?

De artsverklaringen en apotheekinstructies op de ZN-site zijn opgesteld door de gezamenlijke zorgverzekeraars, en van de inhoud kan niet worden afgeweken. Het is mogelijk dat een zorgaanbieder bv, informatie wil toevoegen. Dat kan, maar een formulier uit andere bron dan ZN is alleen geldig als het integraal en exact de inhoud van het ZN-formulier bevat.

7.8 Mag de huisarts herhaalreceptuur vergoed voorschrijven als de artsverklaring door een specialist moet worden ingevuld?

Bij sommige geneesmiddelen (zoals bij de PCSK-9 remmers), waar wettelijke vergoedingsvoorwaarden aan zijn verbonden, stellen zorgverzekeraars als voorwaarde dat de behandelend specialist een artsverklaring invult om te kunnen toetsen of aan de vergoedingsvoorwaarden is voldaan. Gedurende de looptijd van een geldige artsverklaring – ingevuld door de specialist – kan de herhaalreceptuur wel via de huisarts verlopen. Dit om te voorkomen dat patiënten alleen voor een herhaalrecept terug moeten naar de specialist. Wanneer de geldigheidsduur (doorgaans 36 maanden) van de artsverklaring is verstreken, dan moet de verzekerde wel opnieuw naar de specialist, zodat deze kan beoordelen of de verzekerde de betreffende geneesmiddelen nog steeds nodig heeft. Daarnaast kan dan aan de hand van een nieuwe artsverklaring worden beoordeeld of het voorschrift (nog steeds) voor vergoeding in aanmerking komt.

Versie 26 oktober 2020