

Zorgverzekeraars laten formulieren vervallen voor SGLT-2-remmers en DPP-4-remmers

Zorgverzekeraars hebben besloten om per 1 september 2024 de ZN-formulieren te laten vervallen voor de SGLT-2-remmers canagliflozine, dapagliflozine, empagliflozine en ertugliflozine én voor de DPP-4-remmers linagliptine, saxagliptine, sitagliptine, vildagliptine. De afschaffing geldt voor alle patiënten die deze geneesmiddelen op of na 1 september 2024 met een recept komen afhalen in de apotheek. De aanpassing van de taxe voor SGLT-2- en DPP-4-remmers heeft per abuis niet plaatsgevonden per 1 september. Per 1 oktober wordt dit alsnog doorgevoerd.

Met het vervallen van deze formulieren komen de SGLT-2 en DPP-4-remmers terecht in groep 1: geen toetsing. Voor deze geneesmiddelen is dus geen toetsing (meer) nodig door de apotheker en ook niet door de voorschrijver. De apotheker en de voorschrijver hoeven de voorwaarden niet te controleren: declaratie vindt plaats op basis van het recept.

De afschaffing van de formulieren voor de SGLT2- en DPP4-remmers is voorlopig afgesproken voor een jaar. Dit zodat gevolgd kan worden wat de consequenties zijn in de praktijk. De formulieren vervallen definitief als blijkt dat deze niet tot een toename aan onrechtmatige vergoedingen hebben geleid.

Formulieren voor GLP-1-agonisten gehandhaafd

Voor een andere groep van middelen bij diabetes mellitus, de GLP-1 agonisten, blijft een ZN-formulier nodig, onder meer omdat die voor de behandeling van overgewicht geen of een striktere vergoeding kennen.

Verzekeraars hebben de wettelijke taak om te controleren op de voorwaarden voor de geneesmiddelen opgenomen op Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering (Rzv). De minister laat het aan de zorgverzekeraars over hoe zij dat doen. Hiervoor zijn de zogeheten ZN-formulieren ontworpen. Niet voor elk middel op Bijlage 2 is een formulier: om de administratieve lasten zoveel mogelijk te beperken is voor een beperkt aantal Bijlage-2- geneesmiddelen een formulier nodig (zie [de Q&A](#)). Het voordeel van deze werkwijze is dat de patiënt niet hoeft te wachten op een machtiging van de zorgverzekeraar en dat alle zorgverzekeraars dezelfde formulieren hanteren. Naast het toetsen van de Bijlage-2-voorwaarden heeft de zorgverzekeraar wettelijk ook de mogelijkheid om bepaalde (groepen) voorschrijvers aan te wijzen als aanvullende eis voor vergoeding, en te bepalen voor welke termijn het middel vergoed vanuit de basisverzekering kan worden afgeleverd.