

Vergoeding apotheekbereidingen 2018 bekend

De zorgverzekeraars hebben bekend gemaakt welke (doorgeleverde) apotheekbereidingen zij vanaf 1 januari 2018 vergoeden en welke niet.

Doorgeleverde apotheekbereidingen zijn bereidingen die een apotheek maakt en aan een andere apotheek levert. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) staat dit onder bepaalde voorwaarden toe. Zie voor meer informatie de [berichtgeving](#) over de IGZ-Circulaire 'Handhavend optreden bij collegiaal doorleveren van eigen bereidingen door apothekers' en de bijbehorende annexen. Apotheekbereidingen zijn niet-geregistreerde geneesmiddelen, en daarom niet opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

Een doorgeleverde bereiding (DB) moet voldoen aan de wettelijke eis uit het Besluit zorgverzekering artikel 2.8 lid 1: rationele farmacotherapie. Dit betekent dat onder andere sprake moet zijn van wetenschappelijk bewezen werkzaamheid. Sinds 2016 besluiten zorgverzekeraars gezamenlijk welke doorgeleverde bereidingen voor vergoeding in aanmerking komen. Om tot een gezamenlijk besluit te komen, krijgen de verzekeraars input van de KNMP, koepelorganisaties van medisch specialisten en huisartsen en van Patiëntenfederatie Nederland. Uiteindelijk is het echter aan de zorgverzekeraars om te besluiten of zij een bereiding vergoeden of niet.

Aanspraakstatus

Een doorgeleverde bereiding kent drie verschillende aanspraakstatussen:

- De bereiding komt in aanmerking voor vergoeding;
- De bereiding komt alleen onder bepaalde voorwaarden in aanmerking voor vergoeding;
- De bereiding komt niet in aanmerking voor vergoeding.

In die laatste categorie kan de zorgverzekeraar op basis van een gemotiveerde aanvraag van de behandelaar via een machtigingsprocedure toch besluiten tot vergoeding over te gaan.

De aanspraakstatus en eventuele aanvullende voorwaarden van een bereiding worden uitgeleverd via de G-Standaard.

Wijzigingen

Hieronder is een overzicht te vinden van bereidingen waarvan de vergoeding per 1 januari 2018 zal wijzigen ten opzichte van 2017. Enkele opvallende wijzigingen zijn:

- Dranken: een groot aantal dranken wordt uitsluitend vergoed voor patiënten met slikproblemen of kinderen onder de 12 jaar. Dit betreft dranken waarvan ook een andere orale toedieningsvorm beschikbaar is, zoals een tablet of capsule. Voor de vergoeding van bijvoorbeeld valaciclovirdrank is het aanvragen van een machtiging daardoor niet meer nodig. Anderzijds geldt ook dat sommige dranken die

voorheen in alle gevallen werden vergoed, nu alleen onder genoemde voorwaarde worden vergoed.

- Bereidingen met magnesiumzouten (citraat, gluconaat en lactaat): deze worden uitsluitend vergoed indien het eerste voorschrift afkomstig is van een internist/MDL-arts of (kinder)nefroloog. Voor magnesiumgluconaat geldt bovendien dat de patiënt bekend moet zijn met renale hypomagnesiëmie of hypomagnesiëmie t.g.v. chemotherapie of short bowel syndroom.
- Aripiprazoltabletten 1 mg: de vergoeding geldt voortaan voor kinderen van alle leeftijden (tot 18 jaar) en niet alleen voor kinderen tot 12 jaar.
- Lage sterktes prednisolontabletten (1, 2 en 2,5 mg): in 2018 worden naast de 1 mg ook de 2 mg en 2,5 mg tabletten vergoed. Voor al deze lage sterktes geldt de voorwaarde dat ze alleen vergoed worden indien gebruikt in een afbouwschema.

Ook op de website van de zorgverzekeraars en op [Apotheek.nl](https://www.apotheek.nl) is een overzicht van de wijzigingen te vinden.

Zijn er naar aanleiding van deze wijzigingen nog vragen? Neem dan contact op met de helpdesk van het Laboratorium der Nederlandse Apothekers (lina@knmp.nl, tel. 070 37 37 370).