

Vergoeding apotheekbereidingen 2019 bekend

De zorgverzekeraars hebben bekend gemaakt welke (doorgeleverde) apotheekbereidingen zij vanaf 1 januari 2019 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. 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 aanspraak statussen:

- 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

De wijzigingen zijn hieronder aangegeven in de verschillijst vergoedingen doorgeleverde bereidingen 2018-2019

Verschillijst vergoeding doorgeleverde bereidingen 2018-2019

Staat uw medicijn niet in dit overzicht? Dan is de vergoeding in 2019 gelijk aan de vergoeding in 2018.

Toelichting

Rood = bereiding wordt niet vergoed. De arts kan evt. een machtigingsverzoek indienen waarin wordt aangegeven waarom u juist dit middel moet gebruiken en niet kan uitkomen met een alternatief. De zorgverzekeraar beoordeelt deze informatie en kan in uitzonderingsgevallen besluiten dat u de bereiding toch vergoed krijgt.

Blauw = bereiding wordt alleen vergoed onder genoemde aanvullende voorwaarde

PRK-cluster	Naam medicijn	Vergoeding 2018	Vergoeding vanaf 1-1-2019	Aanvullende voorwaarde per 1-1-2019
95648	OXYBUTYNINE HCL BLSP 0,1MG/ML UROT 50ML	Nee	Ja	Uitsluitend voor patiënten met de indicatie neurogeen blaaslijden en/of idiopathische overactieve blaas waarvoor intermitterende katheterisatie noodzakelijk is en bewezen niet uitgekomen kan worden met orale therapie
95656	OXYBUTYNINE HCL BLSP 0,2MG/ML UROT 50ML	Nee	Ja	Uitsluitend voor patiënten met de indicatie neurogeen blaaslijden en/of idiopathische overactieve blaas waarvoor intermitterende katheterisatie noodzakelijk is en bewezen niet uitgekomen kan worden met orale therapie
121983	FOLIUMZUUR DRANK 100MCG/ML	Nee	Ja	Uitsluitend voor neonaten met een rhesus hemolytische ziekte gedurende 3 maanden
143685	DANTROLEEN SUSPENSIE 5MG/ML	Nee	Ja	Uitsluitend voor patiënten met slikproblemen of kinderen jonger dan 12 jaar
133361	AMICE TABLET FILMOMHULD 400MG	Nee	Ja	Uitsluitend voor patiënten die bewezen niet uitkomen met een typisch/klassiek antipsychoticum, een atypisch/modern antipsychoticum en óók niet met clozapine.
133396	AMICE TABLET FILMOMHULD 100MG	Nee	Ja	Uitsluitend voor patiënten die bewezen niet uitkomen met een typisch/klassiek antipsychoticum, een atypisch/modern antipsychoticum en óók niet met clozapine.
109614	TRIAMCINOLONACET 0,05% VASELINE/PARAFFINE ZALF	Nee	Ja	Uitsluitend indien de patiënt een leeftijd heeft van < 7 jaar
151378	CEFUROXIM INJVLST 10MG/ML FL 2,5ML	Ja	Nee	