

## Verschillijst vergoeding doorgeleverde bereidingen 2018-2019

Zorgverzekeraars bepalen samen welke (doorgeleverde) apotheekbereidingen voldoen aan de wettelijke regels voor vergoeding, en welke niet. Dat is bij alle verzekeraars hetzelfde. Er zijn 3 soorten (doorgeleverde) apotheekbereidingen:

1. Een apotheekbereiding die u vergoed kunt krijgen
2. Een apotheekbereiding die u alleen onder bepaalde voorwaarden vergoed krijgt
3. Een apotheekbereiding die u niet vergoed krijgt

Op 3 kan in bijzondere gevallen een uitzondering worden gemaakt. U stuurt ons daarvoor een gemotiveerde aanvraag van uw arts. Wij beoordelen op basis van de aanvraag of er een uitzondering gemaakt wordt.

### Wijzigingen per 1 januari 2019

Hieronder is een overzicht te vinden van apotheekbereidingen waarvan de vergoeding per 1 januari 2019 zal wijzigen. Staat uw medicijn niet in dit overzicht? Dan is de vergoeding in 2019 gelijk aan de vergoeding in 2018.

*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;

Uw arts kan een schriftelijke motivatie opsturen waarop hij aangeeft waarom u juist dit middel moet gebruiken.

Wij beoordelen deze informatie en kunnen in uitzonderingsgevallen besluiten dat u de bereiding toch vergoed krijgt.

**Blauw** = bereiding wordt alleen vergoed onder genoemde aanvullende voorwaarde

| Naam medicijn                           | Vergoeding 2018 | Vergoeding vanaf 1-1-2019 | Aanvullende voorwaarde per 1-1-2019   |
|---|-----------------|---------------------------|---|
| 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. |

|  |     |     |   |
|--|-----|-----|---|
| 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. |
| FOLIUMZUUR DRANK 100MCG/ML                     | Nee | Ja  | Uitsluitend voor neonaten met een rhesus hemolytische ziekte gedurende 3 maanden.   |
| DANTROLEEN SUSPENSIE 5MG/ML                    | Nee | Ja  | Uitsluitend voor kinderen < 12 jaar.  |
| 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.   |
| 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.   |
| TRIAMCINOLONACET 0,05% VASELINE/PARAFFINE ZALF | Nee | Ja  | Uitsluitend indien de patiënt een leeftijd heeft van < 7 jaar   |
| CEFUROXIM INJVLST 10MG/ML FL 2,5ML             | Ja  | Nee |   |