

# REGLEMENT FARMACEUTISCHE ZORG

**Behorend bij de Alles Verzorgd Polis, Vrije Keus Polis,  
Online Verzorgd Polis en Zelf Bewust Polis**

**Geldig vanaf 1 januari 2015**

**DE FRIESLAND**  
**ZORGVERZEKERAAR**

## A. Nadere uitwerking aanwijzing geneesmiddelen

1. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden (hoofdstuk Farmaceutische zorg) heeft u recht op vergoeding van de kosten van geregistreerde geneesmiddelen zoals aangewezen in artikel 2.5 van de Regeling Zorgverzekering.
2. Dit geldt niet voor geneesmiddelen die behoren tot een productcategorie waarvoor De Friesland een of meer geneesmiddelen als preferent heeft aangewezen.
3. Onder productcategorie wordt verstaan: een groep van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, toedieningsweg en sterkte.
4. Als De Friesland voor een productcategorie één of meer geneesmiddelen als preferent heeft aangewezen, worden de productcategorie en het (de) aangewezen geneesmiddel(en) vermeld in de van dit Reglement onderdeel uitmakende bijlage "Preferente geneesmiddelen". De geldende bijlage kan worden geraadpleegd via [www.defriesland.nl](http://www.defriesland.nl). Ook kunt u deze inzien op het kantoor van De Friesland of kan deze desgevraagd aan u worden toegezonden.
5. Als De Friesland voor een productcategorie één of meer geneesmiddelen als preferent heeft aangewezen, worden slechts de kosten van het als preferent aangewezen geneesmiddel vergoed.
6. In afwijking van artikel 4 van dit reglement worden de kosten van een niet aangewezen geneesmiddel vergoed voor zover behandeling met een aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.

## B. Nadere voorwaarden met betrekking tot de aflevering van geneesmiddelen in bijlage 1.

Voor de aflevering van de geneesmiddelen in bijlage 1 bij dit reglement is voorafgaande toestemming van De Friesland vereist als deze geneesmiddelen niet in een ziekenhuis worden toegediend. Deze toestemming wordt verleend als aan twee voorwaarden is voldaan:

- a. gewaarborgd is dat het geneesmiddel op verantwoorde wijze zal worden toegediend en
- b. behandeling met het geneesmiddel niet mogelijk is in een ziekenhuis binnen redelijke afstand van de woonplaats van de verzekerde.

## C. Farmaceutische zorg zoals opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering waarvoor nadere voorwaarden met betrekking tot doelmatigheid gelden.

Voor de geneesmiddelen die in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering staan gelden de daar genoemde nadere indicatievoorwaarden.

De in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering opgenomen geneesmiddelen zijn ingedeeld in vier groepen, zoals aangegeven in de tabel in bijlage 2 bij dit reglement:

Groep 1: Voor deze geneesmiddelen gelden geen nadere voorwaarden, een recept van de behandelaar is voldoende.

Groep 2: Van deze geneesmiddelen zijn de vergoedingsvoorwaarden eenvoudig door de apotheker te controleren (bijvoorbeeld de leeftijd van de verzekerde). De behandelaar schrijft een recept. De apotheker of apotheehoudend huisarts controleert de voorwaarden.

Groep 3: Bij deze geneesmiddelen is nadere informatie nodig voor de beoordeling. De behandelaar schrijft een recept en vult daarnaast een verklaring in. De apotheker of apotheehoudend huisarts controleert de voorwaarden op basis van deze verklaring

Groep 4: Voor deze geneesmiddelen is voorafgaande toestemming van De Friesland noodzakelijk.

Als de beoordeling plaatsvindt door de apotheek of apotheehoudend huisarts (groep 2 en 3), kunt u het door uw arts ingevulde formulier tegelijk met het recept bij de apotheek of apotheehoudend huisarts inleveren. Dit bevordert een snelle afhandeling van de aanvraag. Als u uit privacyoverwegingen dit formulier niet aan de apotheek of apotheehoudend huisarts wilt aanbieden, kunt u dit formulier ook rechtstreeks naar De Friesland sturen.

De in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering gestelde voorwaarden kunnen gedurende het jaar door de overheid worden gewijzigd. Dit kan leiden tot wijziging van de in dit reglement genoemde nadere voorwaarden met betrekking tot doelmatigheid.

Het geldende actuele reglement kan worden geraadpleegd via [www.defriesland.nl](http://www.defriesland.nl), ligt ter inzage op het kantoor van De Friesland en kan desgevraagd aan u worden toegestuurd.

#### **D. Nadere voorwaarden met betrekking tot de vergoeding van Fumaarzuur.**

Voor vergoeding van de magistrale bereiding van fumaarzuur dient een aanvraag aan De Friesland te worden voorgelegd, afkomstig van een dermatoloog.

Voor vergoeding van Psorinovo dient een aanvraag aan De Friesland te worden voorgelegd, afkomstig van een dermatoloog, waarin is onderbouwd waarom u geen gebruik kunt maken van de magistrale bereiding.

#### **E. Indicaties voor vergoeding van een weekdoseersysteem.**

Uw (huis)arts kan een weekdoseersysteem voorschrijven als:

- u ouder bent dan 70 jaar en bekend met vergeetachtigheid/verwardheid;
- u ouder bent dan 70 jaar en vijf of meer geneesmiddelen per dag gebruikt;
- u psychotische stoornissen heeft als gevolg van bijvoorbeeld schizofrenie, een schizofreniforme of schizoaffectieve stoornis, of als gevolg van toxische of medicamenteuze stoffen;
- u aan een ernstige depressie lijdt;
- u ouder dan 18 jaar bent en bij u de diagnose ADHD is gesteld;
- u een van de volgende neurologische aandoeningen heeft:
  - a. ziekte van Parkinson stadium IV of V;
  - b. dementie met een MMSE M 26;
  - c. multiple sclerose;
  - d. ALS.
- u om een andere reden niet in staat bent zonder weekdoseerverpakking uw medicatie verantwoord bij uzelf toe te (laten) dienen en uw behandelaar hiervan een gemotiveerde verklaring heeft afgegeven.

## Bijlage 1 bij het Reglement Farmaceutische Zorg

Voor de vergoeding van een aantal geneesmiddelen is voorafgaande toestemming van De Friesland vereist als deze geneesmiddelen niet in een ziekenhuis worden toegediend. Deze toestemming wordt verleend als aan twee voorwaarden is voldaan namelijk:

- a. gewaarborgd is dat het geneesmiddel op verantwoorde wijze zal worden toegediend en
- b. behandeling met het geneesmiddel niet mogelijk is in een ziekenhuis binnen redelijke afstand van de woonplaats van de verzekerde.

Het gaat om de volgende geneesmiddelen:

Agalsidase alfa  
Agalsidase bèta  
Alemtuzumab  
Alglucosidase alfa  
Azacitidine = Vidaza  
Bevacizumab  
Bortezomib  
Botulinetoxine  
Cetuximab  
Clofarabine  
Docetaxel  
Doxorubicine liposomal  
Drotrecogin-alfa  
Galsulfase  
Gemcitabine  
Ibritumomab Tiuxetan  
Idursulfase  
Irinotecan  
Laronidase  
Natalizumab  
Omalizumab  
Oxaliplatin  
Paclitaxel  
Palifermin  
Pegaptanib  
Pemetrexed  
Ranibizumab  
Rituximab  
Temoporfine = Foscan  
Trastuzumab  
Verteporfin  
Vinorelbine  
Zoledroninezuur = Aclasta

Daarnaast gaat het om geneesmiddelen die als medisch specialistische zorg zijn aan te merken en tevens gedurende de loop van het kalenderjaar in het GVS worden opgenomen.

## Bijlage 2 bij het Reglement Farmaceutische Zorg

### Vergoeding geneesmiddelen Bijlage 2 Regeling zorgverzekering

Nadere voorwaarden met betrekking tot de voorschrijver:

- Groep 1: Voor deze geneesmiddelen gelden geen nadere voorwaarden, een recept van de behandelaar is voldoende.
- Groep 2: Van deze geneesmiddelen zijn de vergoedingsvoorwaarden eenvoudig door de apotheker te controleren (bijvoorbeeld de leeftijd van de verzekerde). De behandelaar schrijft een recept. De apotheker of apotheekhoudend huisarts controleert de voorwaarden.
- Groep 3: Bij deze geneesmiddelen is nadere informatie nodig voor de beoordeling. De behandelaar schrijft een recept en vult daarnaast een verklaring in. De apotheker of apotheekhoudend huisarts controleert de voorwaarden op basis van deze verklaring
- Groep 4: Voor deze geneesmiddelen is voorafgaande toestemming van De Friesland noodzakelijk.

Bijlage 2 nummer	Soort middel en voorwaarden	Groep
1	<b>Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten</b>  Uitsluitend voor een verzekerde die niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en die: a. lijdt aan een stofwisselingsstoornis, b. lijdt aan een voedselallergie, c. lijdt aan een resorptiestoornis, d. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziekte-gerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of e. daarop is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.	3
3	<b>Difterievaccin, poliomyelitisvaccin, kinkhoestvaccin dan wel combinaties van twee of meer van deze vaccins of met het tetanusvaccin</b>  Uitsluitend voor een verzekerde jonger dan achttien jaar.	1
4	<b>Hepatitis vaccins</b>  a. Hepatitis A-vaccin  Uitsluitend voor een verzekerde: 1°. die lijdt aan een chronische hepatitis B-infectie, 2°. met een chronische hepatitis C-infectie, of 3°. met een niet-virale chronische leverziekte, en die daarbij een verhoogde kans op een hepatitis A-infectie heeft, tenzij de verhoogde kans op besmetting een gevolg is van reizen, beroepsuitoefening of een epidemie.  b. Hepatitis B-vaccin  Uitsluitend voor een verzekerde: 1°. die is aangewezen of op afzienbare termijn aangewezen kan zijn op het regelmatig gebruiken van bloed- of bloedproducten of op dialyse, 2°. met het syndroom van Down of met een daarmee vergelijkbare ernstige chromosomale afwijking en voor zover dit gepaard gaat met een verstoorde afweerfunctie, 3°. die partner, gezinslid of huisgenoot is van iemand die HbsAg positief is, 4°. die anders dan in beroepsuitoefening in een dagverblijf, in een tehuis, op een school voor verstandelijk gehandicapten dan wel een sociale werkplaats, blijkens een risico-analyse van de gemeentelijk gezondheidsdienst, een verhoogde kans op besmetting heeft, of	1

5°. die lijdt aan een chronische leverziekte.

c. Hepatitis A en B combinatievaccin

Uitsluitend voor een verzekerde die zowel voldoet aan een van de voorwaarden voor hepatitis A-vaccin als aan een van de voorwaarden voor hepatitis B-vaccin.

**5 Pneumokokkenvaccin** 1

Uitsluitend voor een verzekerde:

a. in de leeftijd van twee jaar of ouder met een onvolwaardige miltfunctie ofwel na miltverwijdering,

b. met lekkage van hersenvocht,

c. met sikkelcelziekte,

d. lijdend aan de ziekte van Hodgkin, non-Hodgkin lymfoom, myeloom of chronische lymfatische leukemie,

e. lijdend aan levercirrhose, chronische nierfunctiestoornis, chronisch hartfalen met stuwings, een ischemische hartziekte of alcoholisme met pneumokokkeninfectie in de anamnese,

f. met een marginale longfunctie (dyspnoe na 100 meter wandelen en een FVC < 50% van voorspeld, FEV1, FEV1/FVC ratio en Dlco < 40% van voorspeld, of een VO2max tussen 10-15 ml/(kg-min)),

g. die immuungecompromiteerd is ten gevolge van een auto-immuunziekte, een immunosuppressieve behandeling, een orgaantransplantatie of een beenmergtransplantatie, of

h. die HIV-geïnficeerd is (CDC-classificatie HIV-infectie groepen II, III en IV) met een goede immunrespons.

**8 Een anti-retroviraal geneesmiddel** 1

Uitsluitend voor een verzekerde die voor behandeling met zo'n geneesmiddel een medische indicatie heeft waarvoor het geneesmiddel krachtens de Geneesmiddelenwet is geregistreerd.

**9 Simvastatine, atorvastatine, fluvastatine, pravastatine, rosuvastatine, ezetimibe** simvastatine: 1  
pravastatine: 1  
atorvastatine: 3  
fluvastatine: 3  
rosuvastatine: 3  
ezetimibe: 3

Uitsluitend voor een verzekerde die een verhoogde kans heeft op het ontwikkelen van cardiovasculaire aandoeningen en op behandeling met een van deze middelen is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

**11 Granulocyt koloniestimulerende faktor** a. t/m c.: 3  
d: 4

Uitsluitend voor een verzekerde die:

a. wordt behandeld met cytostatica voor een kwaadaardige aandoening en voor het geneesmiddel een medische indicatie heeft waarvoor het geneesmiddel krachtens de Geneesmiddelenwet is geregistreerd,

b. wordt behandeld met ganciclovir voor een cytomegalovirus retinitis als gevolg van AIDS en voor het geneesmiddel een medische indicatie heeft waarvoor het geneesmiddel krachtens de Geneesmiddelenwet is geregistreerd,

c. wordt behandeld voor een ernstige congenitale, cyclische of idiopatische neutropenie, of

d. voor dat geneesmiddel een niet-geregistreerde indicatie heeft en lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners, de werkzaamheid van dat geneesmiddel bij die indicatie wetenschappelijk is onderbouwd en in Nederland voor die aandoening geen behandeling mogelijk is met enig ander voor die aandoening geregistreerd geneesmiddel.

<b>13</b>	<b>Imiglucerase en velaglucerase</b>	<b>1</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde die lijdt aan de ziekte van Gaucher en die wordt behandeld overeenkomstig de richtlijnen die voor Nederland door de desbetreffende beroepsbeoefenaren zijn aanvaard.	
<b>14</b>	<b>Rabies-vaccin</b>	<b>1</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde die is blootgesteld geweest aan het rabies-virus.	
<b>16</b>	<b>Galantamine, donepezil</b>	<b>1</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde die lijdt aan milde tot matig ernstige dementie bij de ziekte van Alzheimer en de therapie wordt geëvalueerd conform de door de beroepsgroepen geaccepteerde behandelrichtlijn voor medicamenteuze therapie bij dementie.	
<b>19</b>	<b>Palivizumab</b>	<b>1</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde die: a. geboren is bij een zwangerschapsduur van tweeëndertig weken of minder en bij het begin van het respiratoir syncytieel virus seizoen jonger was dan zes maanden, b. jonger is dan een jaar en bronchopulmonale dysplasie heeft, c. jonger is dan twee jaar en die voor de behandeling van bronchopulmonale dysplasie zuurstoftherapie nodig heeft, d. jonger is dan twee jaar en die een congenitale hartaandoening heeft die hemodynamisch significant is, e. jonger is dan een jaar en een ernstige immuundeficiëntie heeft, of f. jonger is dan een jaar en een ernstige longpathologie ten gevolge van cystische fibrose heeft.	
<b>20</b>	<b>Montelukast</b>	<b>1</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde die: a. lijdt aan matig persisterende astma en bij wie onvoldoende klinische controle wordt bereikt met inhalatiecorticosteroiden en kortwerkende $\beta$ -sympathicomimetica, of b. lijdt aan inspanningsastma, bij wie behandeling met kortwerkende $\beta$ -sympathicomimetica geen uitkomst biedt en die de leeftijd van vijftien jaar nog niet heeft bereikt.	
<b>21</b>	<b>Clopidogrel en prasugrel</b>	<b>Clopidogrel: 1 Prasugrel: 4</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde die: a. na een doorgemaakt myocardinfarct of ischemisch cerebrovasculair accident of bij een vastgestelde perifere arteriële aandoening, niet behandeld kan worden met acetylsalicylzuur vanwege overgevoeligheid voor acetylsalicylzuur of een andere absolute contra-indicatie voor acetylsalicylzuur heeft, of b. is aangewezen op het geneesmiddel in combinatie met acetylsalicylzuur bij: 1°. een acuut coronair syndroom zonder ST-segmentstijging, 2°. een acuut coronair syndroom op basis van een acuut myocardinfarct met ST-segmentstijging, of 3°. een stentplaatsing in het kader van een niet-acuut coronair syndroom.	
<b>23</b>	<b>Modafinil</b>	<b>1</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde die lijdt aan narcolepsie en die onvoldoende reageert op methylfenidaat of dat middel vanwege bijwerkingen niet verdraagt.	

Uitsluitend voor een verzekerde met diabetes mellitus type 2 die geen insuline gebruikt en dit middel gebruikt:

- a. als monotherapie omdat hij een contra-indicatie of klinisch relevante bijwerking heeft voor zowel metformine als een sulfonylureumderivaat,
- b. als tweevoudige therapie in combinatie met metformine
  - 1°. omdat de verzekerde een sulfonylureumderivaat niet kan gebruiken door contra-indicatie of klinisch relevante bijwerking en omdat de bloedglucose-spiegel onvoldoende onder controle kan worden gebracht met metformine alleen, of
  - 2°. ter vervanging van een sulfonylureumderivaat omdat de bloedglucosespiegel onvoldoende onder controle kan worden gebracht met de combinatie van metformine en een sulfonylureumderivaat,
- c. als tweevoudige therapie in combinatie met een sulfonylureumderivaat
  - 1°. omdat de verzekerde metformine niet kan gebruiken door contra-indicatie of klinisch relevante bijwerking en omdat de bloedglucosespiegel onvoldoende onder controle kan worden gebracht met een sulfonylureumderivaat alleen, of
  - 2°. ter vervanging van metformine omdat de bloedglucosespiegel onvoldoende onder controle kan worden gebracht met de combinatie van metformine en een sulfonylureumderivaat, of
- d. als drievoudige therapie in combinatie met metformine en een sulfonylureum-derivaat
  - 1°. omdat de bloedglucosespiegel onvoldoende onder controle kan worden ge-bracht met een tweevoudige therapie én
  - 2°. omdat de toediening van insuline op bezwaren stuit:
    - door ernstige aanhoudende problemen op de injectieplaatsen veroorzaakt door huidaan- doeningen, te weinig onderhuids vetweefsel, infecties of con- tactallergie,
    - door lichamelijke of geestelijke beperkingen (handfunctie, zien, cognitie) van de verzekerde waardoor hij niet in staat is zelfstandig insuline te in- jecteren,
    - door prikfobie, of
    - omdat de verzekerde door insuline gebruik zijn beroep niet meer kan uitoe- fenen.

**27 R-DNA-interferon, erytropoëtime en analoga, mycofenolaat-mofetil en mycofenolzuur, glatirameer, anagrelide, levodopa/carbidopa intestinale gel**

Interferon-alfa	3
Interferon-beta	1
Interferon-gamma	1
Erytropotine-alfa	3
Erytropotine-beta	3
Erytropotine-zeta	3
Darbepoetine-alfa	3
Mycophenolaat-mofetil	1
Glatirameer	1
Anagrelide	1
Levodopa/carbidopa	1

Uitsluitend voor een verzekerde die:

- a. voor het geneesmiddel een medische indicatie heeft waarvoor het genees- middel krachtens de Geneesmiddelenwet is geregistreerd, of
- b. voor dat geneesmiddel een niet-geregistreerde indicatie heeft en lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners, de werkzaamheid van dat geneesmiddel bij die indicatie wetenschappelijk is onderbouwd en in Nederland voor die aandoening geen behandeling mogelijk is met enig ander voor die aandoening geregistreerd geneesmiddel.

**28 Ambrisentan, bosentan, epoprostenol intraveneus, iloprost voor inhalatie, macitentan, sildenafil, tadalafil en treprostinil subcutaan en intraveneus**

3
Epoprostenol en treprostinil: 4

Uitsluitend voor een verzekerde die:

- a. lijdt aan pulmonale arteriële hypertensie New York Heart Association klasse II en die ambrisentan, bosentan, macitentan, sildenafil of tadalafil daarvoor krijgt voorgeschreven,
- b. lijdt aan pulmonale arteriële hypertensie New York Heart Association klasse III of IV en die krijgt voorgeschreven:
  - 1°. één van de orale geneesmiddelen ambrisentan, bosentan, macitentan, sil- denafil of tadalafil, of een combinatie van twee orale geneesmiddelen uit ver- schillende farmacologische groepen,



- 2°. een combinatie van een oraal geneesmiddel met iloprost voor inhalatie of met epoprostenol intraveneus of met treprostinil subcutaan of intraveneus,
  - 3°. iloprost voor inhalatie in monotherapie uitsluitend ter behandeling van de primaire vorm van pulmonale arteriële hypertensie, indien de onder 1° genoemde behandeling onvoldoende resultaat heeft en een behandeling met epoprostenol intraveneus of treprostinil subcutaan of intraveneus niet noodzakelijk is of niet mogelijk vanwege bijwerkingen of contra-indicaties, of
  - 4°. uitsluitend als uiterste therapie, indien de onder 1° en 2° genoemde behandelingen onvoldoende resultaat hebben, een combinatie van twee orale geneesmiddelen uit verschillende farmacologische groepen met epoprostenol intraveneus of met treprostinil subcutaan of intraveneus, of
- c. lijdt aan systemische sclerose en aanhoudende digitale ulcera en die
- 1°. bosentan krijgt voorgeschreven ter voorkoming van nieuwe digitale ulcera,
  - 2°. onvoldoende reageert op de behandeling met dihydropyridine calcium-antagonisten en iloprost intraveneus, dan wel deze geneesmiddelen niet kan gebruiken en
  - 3°. 18 jaar of ouder is.

**30 Tacrolimuszalf** 1

Uitsluitend voor een verzekerde van twee jaar of ouder met matig tot ernstig constitutioneel eczeem die onvoldoende reageert op behandeling met andere lokale middelen, waaronder in ieder geval corticosteroïden.

**31 Miglustat** 3

Uitsluitend voor een verzekerde die lijdt aan:

- a. de ziekte van Gaucher type 1 en niet kan worden behandeld met miglucerase, of
- b. de ziekte van Niemann-Pick type C.

**34 Pimecrolimus** 1

Uitsluitend voor een verzekerde van twee jaar of ouder met mild tot matig constitutioneel eczeem die onvoldoende reageert op behandeling met andere lokale middelen, waaronder in ieder geval corticosteroïden.

**35 Laxantia, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, maagledigingsmiddelen en middelen ter bescherming van de ogen tegen uitdroging die op grond van de Geneesmiddelenwet zonder recept mogen worden afgeleverd en andere geneesmiddelen met eenzelfde werkzaam bestanddeel en in eenzelfde toedieningsvorm** 2

Uitsluitend voor een verzekerde die blijkens het voorschrift langer dan zes maanden aaneengesloten op het geneesmiddel is aangewezen en voor wie het geneesmiddel is voorgeschreven ter behandeling van een chronische aandoening, tenzij het betreft een voor de verzekerde nieuwe medicatie.

**36 Parathyroid hormoon** 3

Uitsluitend voor een periode van maximaal vierentwintig maanden voor een verzekerde vrouw met ernstige postmenopauzale osteoporose die:

- a. ondanks behandeling met bisfosfonaten, raloxifeen, bazedoxifen of strontiumranelaat na twee wervelfracturen opnieuw één of meer fracturen heeft gekregen, of
- b. bisfosfonaten, raloxifeen, bazedoxifen en strontiumranelaat niet kan gebruiken.

**39 Memantine** 1

Uitsluitend voor een verzekerde met een ernstige vorm van de ziekte van Alzheimer (AD) en de therapie wordt geëvalueerd conform de door de beroepsgroepen geaccepteerde behandelrichtlijn voor medicamenteuze therapie bij AD.

<b>42</b>	<b>Rivastigmine</b>	<b>1</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde die lijdt aan: milde tot matig ernstige dementie bij de ziekte van Alzheimer of milde tot matig ernstige dementie bij patiënten met idiopathische ziekte van Parkinson en de therapie wordt geëvalueerd conform de door de beroepsgroepen geaccepteerde behandelrichtlijn voor medicamenteuze therapie bij dementie.	
<b>50</b>	<b>Ivabradine</b>	<b>3</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde met: a. stabiele angina pectoris die een contra-indicatie of intolerantie heeft voor een bètablokker en niet uitkomt met diltiazem of de combinatie van een langwerkend nitraat en een dihydropyridine calciumantagonist, en die ivabradine als monotherapie of als tweevoudige therapie samen met een langwerkend nitraat of een dihydropyridine calciumantagonist gebruikt, of b. chronisch hartfalen NYHA klasse II-IV met systolische disfunctie en met sinusritme met een rustfrequentie $\geq 75$ /min, als toevoeging bij een individueel, optimaal en richtlijnconform ingestelde medicamenteuze behandeling die een ACE-remmer, een diureticum, een bètablokker en een aldosteronantagonist of AT1-antagonist omvat tenzij de patiënt een of meer van deze middelen niet verdraagt of een contra-indicatie heeft.	
<b>51</b>	<b>Sitagliptine, linagliptine, vildagliptine, saxagliptine en alogliptine</b>	<b>2</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde met diabetes mellitus type 2 die niet behandeld kan worden met de combinatie van metformine en een sulfonyleureumderivaat, geen insuline gebruikt en dit middel gebruikt als monotherapie of als een tweevoudige of drievoudige behandeling in combinatie met metformine en/of een sulfonyleureumderivaat.	
<b>56</b>	<b>Topotecan capsule</b>	<b>3</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde met recidiverende kleincellige longkanker die niet opnieuw voor een eerstelijnsbehandeling in aanmerking komt.	
<b>57</b>	<b>Benzodiazepinereceptor-agonist in orale of rectale toedieningsvorm</b>	<b>2</b>
<b>57a</b>	<b>Benzodiazepinereceptor-agonist, met uitzondering van diazepam</b>	<b>2</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde die dit geneesmiddel gebruikt als: a. onderhoudsbehandeling bij epilepsie of als behandeling bij epileptisch insult, b. behandeling van angststoornissen, waarbij medicamenteuze therapie met ten minste twee antidepressiva overeenkomstig de geldende richtlijnen, heeft gefaald, c. behandeling bij multipele psychiatrische problematiek, waarbij behandeling met hoge doses benzodiazepinen noodzakelijk is, of d. palliatieve sedatie bij terminale zorg.	
<b>57b</b>	<b>Diazepam</b>	<b>2</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde die a. dit geneesmiddel gebruikt als: 1°. onderhoudsbehandeling bij epilepsie of als behandeling bij epileptisch insult, 2°. behandeling van angststoornissen, waarbij medicamenteuze therapie met ten minste twee antidepressiva overeenkomstig de geldende richtlijnen, heeft gefaald, 3°. behandeling bij multipele psychiatrische problematiek, waarbij behandeling met hoge doses benzodiazepinen noodzakelijk is, 4°. palliatieve sedatie bij terminale zorg, of b. niet ambulante is en dit middel gebruikt als spierrelaxans bij therapieresistente spierspasmen ten gevolge van een neurologische aandoening.	

<b>58</b>	<b>Exenatide en Liraglutide</b>	<b>3</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde met diabetes mellitus type 2 en een BMI $\geq 35$ kg/m <sup>2</sup> , bij wie de bloedglucosewaarden onvoldoende kunnen worden gereguleerd met de combinatie van metformine en een sulfonylureumderivaat in de maximaal verdraagbare doseringen en die geen insuline gebruikt, tenzij de verzekerde al op 1 mei 2011 met dit middel in combinatie met insuline wordt behandeld.	
<b>59</b>	<b>Dornase alfa</b>	<b>3</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde die lijdt aan cystic fibrose.	
<b>61</b>	<b>Romiplostim</b>	<b>3</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde van achttien jaar en ouder met chronische idiopathische trombocytopenische purpura die: a. splenectomie heeft ondergaan en refractair is op andere behandelingen, of b. een contra-indicatie heeft voor splenectomie en niet meer voldoende reageert op andere behandelingen, waaronder in ieder geval corticosteroïden.	
<b>64</b>	<b>Anticonceptiva</b>	a.: 1 b. en c.: 4
	Uitsluitend voor een verzekerde: a. jonger dan eenentwintig jaar, b. ter behandeling van endometriose indien de verzekerde hierop is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard, of c. ter behandeling van menorrhagie waarbij sprake is van bloedarmoede, inhoudende een hemoglobinewaarde die lager is dan de referentiewaarden zoals gehanteerd in de richtlijnen van de desbetreffende beroepsgroepen.	
<b>65</b>	<b>Apixaban en dabigatran</b>	<b>3</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde van achttien jaar of ouder: a. die op dit geneesmiddel is aangewezen voor de preventie van veneuze trombo-embolie na een electieve knie- of heupvervangende operatie, of b. met nonvalvulair atriumfibrilleren en een of meer risicofactoren die dit geneesmiddel ter preventie van cerebrovasculair accident of systemische embolie gebruikt overeenkomstig de introductieleidraad die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen is aanvaard.	
<b>67</b>	<b>Antidepressiva</b>	<b>1</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde die op dit geneesmiddel is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard of die voor dit geneesmiddel een medische indicatie heeft waarvoor het geneesmiddel krachtens de Geneesmiddelenwet is geregistreerd, met dien verstande dat dit geneesmiddel niet tot de verzekerde prestaties behoort indien het wordt gebruikt in het kader van een behandeling die gericht is op het stoppen met roken.	
<b>70</b>	<b>Ticagrelor</b>	Voorschrift cardioloog kan afgehandeld worden door de apotheker: 3  Voorschriften cardioloog > 12 maanden en voorschriften overige voorschrijvers: 4
	Uitsluitend voor een verzekerde die is aangewezen op het geneesmiddel in combinatie met acetylsalicylzuur bij een acuut coronair syndroom (instabiele angina pectoris, myocardinfarct met ST-segmentstijging of myocardinfarct zonder ST-segmentstijging), zowel bij medicamenteus behandelde patiënten als bij patiënten die een percutane coronaire interventie of arteriële coronaire bypasschirurgie moeten ondergaan.	

71	<b>Maagzuurremmers in orale toedieningsvorm, inclusief combinatieproducten die een maagzuurremmer bevatten met uitzondering van combinatieproducten met antibiotica bestemd voor bestrijding van Helicobacter Pylori</b>	4
	Uitsluitend voor een verzekerde die blijkens het voorschrift langer dan zes maanden aaneengesloten op het geneesmiddel is aangewezen en voor wie het geneesmiddel is voorgeschreven ter behandeling van een chronische aandoening, tenzij het betreft een voor de verzekerde nieuwe medicatie.	
73	<b>Rufinamide</b>	3
	Uitsluitend voor een verzekerde van vier jaar of ouder die dit middel als adjuvans gebruikt bij de behandeling van het syndroom van Lennox-Gastaut na het falen van lamotrigine, topimaraat en benzodiazepinen en voor wie felbamaat het enige resterende alternatief is.	
74	<b>Everolimus, Sirolimus</b>	3
	Uitsluitend voor een verzekerde met laag tot matig immunologisch risico die een allogene orgaantransplantatie heeft ondergaan en die dit middel krijgt voorgeschreven voor de profylaxe van afstoting (GVHD).	
76	<b>Fingolimod</b>	3
	<p>Voor een verzekerde van achttien jaar of ouder:</p> <p>a. met zeer actieve relapsing-remitting multiple sclerose, die in het voorafgaande jaar tijdens behandeling minimaal één schub heeft doorgemaakt en bij wie op een craniale MRI minimaal één door gadolinium aangekleurde laesie of minimaal negen T2-hyperintense laesies aantoonbaar zijn, die:</p> <p>1°. niet heeft gereageerd op een behandeling met interferon bèta en glatirameer, of</p> <p>2°. niet heeft gereageerd op een adequate behandeling met interferon bèta of glatirameer van minimaal 1 jaar en waarbij het starten met of continueren van het andere eerstelijns middel niet mogelijk is vanwege de volgende zwaarwegende contra-indicaties:</p> <p>voor interferon bèta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- overgevoeligheid voor interferon bèta of humaan albumine, of</li> <li>- ernstige depressie en/of zelfmoordneiging, of</li> </ul> <p>voor glatirameer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- overgevoeligheid voor glatirameer of mannitol, of</li> <li>- patiënten die na langdurig gebruik van interferon bèta de injecties niet meer verdragen vanwege lokale reacties op de injectieplaats, of</li> </ul> <p>b. die is behandeld met natalizumab vanwege zeer actieve relapsing-remitting multiple sclerose en bij wie de behandeling met natalizumab wordt gestaakt vanwege een positieve test op JC-virus.</p>	
78	<b>Tafamidis</b>	3
	Uitsluitend voor een verzekerde van achttien jaar of ouder met aangetoonde transthyretineamyloïdose en stadium 1 symptomatische polyneuropathie die geen levertransplantatie heeft ondergaan.	
79	<b>Boceprevir, telaprevir</b>	3
	Uitsluitend voor een verzekerde van achttien jaar of ouder met chronische hepatitis C virusinfectie genotype 1 met gecompenseerde leverziekte die niet eerder is behandeld of bij wie eerdere behandeling met peginterferon en ribavirine heeft gefaald en die dit middel gebruikt in combinatie met peginterferon alfa en ribavirine.	

<b>81</b>	<b>Pasireotide</b>	<b>3</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde met de ziekte van Cushing voor wie een operatie niet mogelijk is of bij wie een operatie niet is geslaagd.	
<b>83</b>	<b>Teriparatide</b>	<b>3</b>
	Uitsluitend voor de behandeling van ernstige osteoporose, gedurende een periode van maximaal vierentwintig maanden, voor	
	a. een verzekerde postmenopauzale vrouw die:	
	1° ondanks behandeling met bisfosfonaten, raloxifeen, bazedoxifen of strontium ranelaat na twee wervelfracturen opnieuw één of meer fracturen heeft gekregen, of	
	2° bisfosfonaten, raloxifeen, bazedoxifen en strontiumranelaat niet kan gebruiken., of	
	b. een verzekerde man met verhoogd risico op botbreuken die:	
	1° ondanks behandeling met bisfosfonaten of strontiumranelaat na twee wervelfracturen opnieuw één of meer fracturen heeft gekregen, of	
	2° bisfosfonaten en strontiumranelaat niet kan gebruiken.	
<b>84</b>	<b>Fidaxomicine</b>	<b>4</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde van achttien jaar of ouder met Clostridium difficile-geassocieerde diarree bij wie de ziekte na toepassing van metronidazol recidiveert en die ernstig ziek is.	
<b>85</b>	<b>Lixisenatide</b>	<b>3</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde met diabetes mellitus type 2 en een BMI $\geq 35$ kg/m <sup>2</sup> , bij wie de bloedglucosewaarden onvoldoende kunnen worden gereguleerd met de combinatie van metformine en een sulfonylureumderivaat in de maximaal verdraagbare doseringen en die geen insuline gebruikt.	
<b>86</b>	<b>Empagliflozine</b>	<b>2</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde met diabetes mellitus type 2 die niet behandeld kan worden met de combinatie van sulfonylureumderivaat en metformine vanwege contra-indicaties of intolerantie voor het sulfonylureumderivaat en dit middel gebruikt als tweevoudige behandeling in combinatie met metformine.	
<b>87</b>	<b>Combinatiepreparaat bevattende elvitegravir-cobicistat-emtricitabine-tenofovir</b>	<b>1</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde van achttien jaar of ouder die geïnfecteerd is met het humaan immunodeficiëntievirus-1 (hiv-1) en	
	a. die niet eerder is behandeld met antiretrovirale geneesmiddelen of	
	b. die therapie ervaren is en bij aanvang van de combinatiebehandeling met elvitegravir ten minste 6 maanden een plasma hiv RNA van <50 kopieën/ml heeft.	
<b>88</b>	<b>Mercaptopurine suspensie voor oraal gebruik</b>	<b>1</b>
	Uitsluitend voor de behandeling van acute lymfatische leukemie.	
<b>89</b>	<b>Ruxolitinib</b>	<b>1</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde van achttien jaar of ouder met primaire myelofibroze, secundaire myelofibroze na polycythaemia vera, of secundaire myelofibroze na essentiële trombocytemie met intermediair-2 en hoogrisico (IPSS $\geq 2$ ), die dit middel gebruikt voor de behandeling van aan de ziekte gerelateerde splenomegalie of klachten.	

<b>90</b>	<b>Pirfenidon (</b>	<b>3</b>
	Uitsluitend voor de behandeling van lichte tot matige idiopathische pulmonale fibrose (IPF) bij volwassenen.	
<b>91</b>	<b>Teriflunomide en dimethylfumaraat</b>	<b>1</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde van achttien jaar of ouder met relapsing remitting multiple sclerose (RRMS).	
<b>92</b>	<b>Leuprorelina</b>	<b>2</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde die dit geneesmiddel krijgt voorgeschreven voor een behandeling anders dan in het kader van ondersteunende voortplantingstechnieken.	
<b>93</b>	<b>Dapagliflozine en canagliflozine</b>	<b>2</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde met diabetes mellitus type 2 die niet behandeld kan worden met de combinatie van metformine en een sulfonyleumderivaat, geen insuline gebruikt en dit middel gebruikt als een tweevoudige of drievoudige behandeling in combinatie met metformine en/of een sulfonyleumderivaat.	
<b>94</b>	<b>Eltrombopag</b>	<b>3</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde van achttien jaar en ouder met a. chronische idiopathische trombocytopenische purpura die: 1°. splenectomie heeft ondergaan en refractair is op andere behandelingen, of 2°. een contra-indicatie heeft voor splenectomie en niet meer voldoende reageert op andere behandelingen, waaronder in ieder geval corticosteroïden, of b. een chronische infectie met het hepatitis C-virus (HCV) voor de behandeling van trombocytopenie, waarbij de mate van trombocytopenie: 1°. de belangrijkste factor is die het starten van een optimale behandeling op basis van interferon verhindert, of 2°. de mogelijkheid om deze interferon behandeling voort te zetten beperkt.	
<b>95</b>	<b>Rivaroxaban</b>	<b>3</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde van achttien jaar of ouder a. die op dit geneesmiddel is aangewezen voor de preventie van veneuze trombo-embolie na een electieve knie- of heupvervangende operatie, of b. met nonvalvulair atriumfibrilleren en een of meer risicofactoren die dit geneesmiddel ter preventie van cerebrovasculair accident of systemische embolie gebruikt overeenkomstig de introductieleidraad die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen is aanvaard, of c. die op dit geneesmiddel is aangewezen in combinatie met acetylsalicylzuur en clopidogrel voor de preventieve behandeling van een acuut coronair syndroom met verhoogde cardiale biomarkers die geen eerdere beroerte of TIA heeft doorgemaakt.	
<b>96</b>	<b>Dolutegravir</b>	<b>1</b>
	Uitsluitend voor een verzekerde die geïnfecteerd is met het humaan immunodeficiëntievirus-1 (hiv-1), dit middel gebruikt in combinatie met andere antiretrovirale geneesmiddelen, en a. twaalf jaar of ouder is en niet eerder behandeld met antiretrovirale geneesmiddelen, of b. twaalf jaar of ouder is, therapie ervaren maar niet eerder behandeld met integraseremmers, of c. achttien jaar of ouder is en resistentie heeft ontwikkeld tegen raltegravir of elvitegravir.	

**97 Sofosbuvir**

Uitsluitend voor een verzekerde

- a. met chronische hepatitis C virusinfectie met Metavir F3-F4 fibrose, vastgesteld middels een compatibel leverbiopt (metavir stadium F3 of F4) of een fibroscan score (>9,5), of
- b. met chronische hepatitis C virusinfectie die op de wachtlijst staat voor een levertransplantatie of die een levertransplantatie heeft ondergaan, of
- c. met de volgende ernstige extra-hepatische manifestaties:
  - 1°. HCV-gerelateerde huidafwijkingen die pathologisch zijn bewezen als porphyria cutanea tarda of leukocytoclastische vasculitis, of
  - 2°. vasculitis en /of nierinsufficiëntie secundair aan cryoglobulinemie.