

## Reglement Farmaceutische Zorg 2012 bij de Alles Verzorgd Polis en de Vrije Keus Polis (geldig vanaf 1 januari 2012)

### A. Nadere uitwerking aanwijzing geneesmiddelen

1. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden (hoofdstuk Farmaceutische zorg) hebt 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 apotheker 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 hebt als gevolg van bijvoorbeeld schizofrenie, een schizofreniforme of schizo-affectieve 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 hebt:
  - 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	Irinotecan
Agalsidase bèta	Laronidase
Alemtuzumab	Natalizumab
Alglucosidase alfa	Omalizumab
Azacididine = Vidaza	Oxaliplatin
Bevacizumab	Paclitaxel
Bortezomib	Palifermin
Botulinetoxine	Pegaptanib
Cetuximab	Pemetrexed
Clofarabine	Ranibizumab
Docetaxel	Rituximab
Doxorubicine liposomal	Temoporfine = Foscan
Drotrecogin-alfa	Trastuzumab
Galsulfase	Verteporfin
Gemcitabine	Vinorelbine
Ibritumomab Tiuxetan	Zoledroninezuur = Aclasta
Idursulfase	

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 apothekhoudend 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 apothekhoudend huisarts controleert de voorwaarden op basis van deze verklaring

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

## Bijlage 2

Nr.	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, ziektegerelateerde 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, blijkt een risico-analyse van de gemeentelijk gezondheidsdienst, een verhoogde kans op besmetting heeft, of 5°. die lijdt aan een chronische leverziekte.	1

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:

- in de leeftijd van twee jaar of ouder met een onvolwaardige miltfunctie ofwel na miltverwijdering,
- met lekkage van hersenvocht,
- met sikkelcelziekte,
- lijdend aan de ziekte van Hodgkin, non-Hodgkin lymfoom, myeloom of chronische lymfatische leukemie,
- lijdend aan levercirrhose, chronische nierfunctiestoornis, chronisch hartfalen met stuwings, een ischemische hartziekte of alcoholisme met pneumokokkeninfectie in de anamnese,
- 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),
- die immuungecompromitteerd is ten gevolge van een auto-immuunziekte, een immunosuppressieve behandeling, een orgaantransplantatie of een beenmergtransplantatie, of
- die HIV-geïnfecteerd is (CDC-classificatie HIV-infectie groepen II, III en IV) met een goede immunerespons.

**7 Somatropine**

Kinderen: 4  
Volwassenen: 3

Uitsluitend voor een verzekerde:

- met een somatropinedeficiëntie, waarbij de groeischijven zijn gesloten,
- met een lengtegroei stoornis ten gevolge van een somatropinedeficiëntie, een chronische nierinsufficiëntie of het syndroom van Turner, waarbij de groeischijven nog niet zijn gesloten,
- met een Prader-Willi syndroom, waarbij de groeischijven nog niet zijn gesloten,
- met een groeistoornis bij kinderen met een kleine gestalte die bij geboorte 'small for gestational age' waren en die op een leeftijd van vier jaar of ouder geen inhaalgroei meer vertonen bij een lengte  $\leq 2,5$  SDS, waarbij de groeischijven nog niet zijn gesloten, of
- die voor dit 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.

**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 Wet op de Geneesmiddelenvoorziening 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:

- 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.

### 13 Imiglucerase

1

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.

### 14 Rabies-vaccin

1

Uitsluitend voor een verzekerde die is blootgesteld geweest aan het rabies-virus.

### 16 Galantamine

1

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.

### 19 Palivizumab

1

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.

### 20 Montelukast

1

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.

### 21 Clopidogrel en prasugrel

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.

Voorschrift cardioloog kan afgehandeld worden door de apotheker: 3

Voorschriften cardioloog >12 maanden en voorschriften overige voorschrijvers: 4

**23 Modafinil**

1

Uitsluitend voor een verzekerde die lijdt aan narcolepsie en die onvoldoende reageert op methylfenidaat of dat middel vanwege bijwerkingen niet verdraagt.

**26 Een thiazolidinedion**

1

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 bloedglucosespiegel 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 sulfonylureumderivaat
  - 1°. omdat de bloedglucosespiegel onvoldoende onder controle kan worden gebracht met een tweevoudige therapie én
  - 2°. omdat de toediening van insuline op bezwaren stuit:
    - door ernstige aanhoudende problemen op de injectieplaatsen veroorzaakt door huidaanandoeningen, te weinig onderhuids vetweefsel, infecties of contactallergie,
    - door lichamelijke of geestelijke beperkingen (handfunctie, zien, cognitie) van de verzekerde waardoor hij niet in staat is zelfstandig insuline te injecteren,
    - door prikfobie, of
    - omdat de verzekerde door insuline gebruik zijn beroep niet meer kan uitoefenen.

**27 R-DNA-interferon, erythropoëtine 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  
Darbeopetine-alfa: 3  
Mycofenolaat-mofetil: 1  
Glatirameer: 1  
Anagrelide: 1  
Levodopa/carbidopa: 1

Uitsluitend voor een verzekerde die:

- a. voor het geneesmiddel een medische indicatie heeft waarvoor het geneesmiddel 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, sildenafil, tadalafil en treprostinil subcutaan**

3  
Uitzondering  
epoprostenol: 4

Uitsluitend voor een verzekerde die:

- a. lijdt aan pulmonale arteriële hypertensie New York Heart Association klasse II en die ambrisentan, bosentan, 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, sildenafil of tadalafil, of een combinatie van twee orale geneesmiddelen uit verschillende farmacologische groepen,
  - 2°. een combinatie van een oraal geneesmiddel met iloprost voor inhalatie of met epoprostenol intraveneus of met treprostinil subcutaan,

- 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 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
- 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 calciumantagonisten 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 corticosteroiden.

**31 Miglustat**

1

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.

**32 Gonadotrope hormonen, gonadoreline-analoga, gonadoreline-antagonisten, urofollitropine en corifollitropine alfa**

1

Uitsluitend voor een verzekerde die deze geneesmiddelen krijgt voorgeschreven in verband met:

- a. een in-vitrofertilisatiepoging die ten laste van de zorgverzekering komt, of
- b. een andere behandeling dan een in-vitrofertilisatiepoging.

**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 corticosteroiden.

**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 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 Teriparatide en parathyroid hormoon**

2

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.

<b>39 Memantine</b>	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>40 Imiquimod</b>	1
Uitsluitend voor een verzekerde voor de behandeling van kleine superficiële basaalcelcarcinomen, indien chirurgische excisie op praktische bezwaren stuit.	
<b>42 Rivastigmine</b>	1
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>43 Sorafenib</b>	3
Uitsluitend voor een verzekerde a. met gevorderd of gemetastaseerd niercelcarcinoom, na het falen van een behandeling met interferon-alfa of interleukine-2 of als deze middelen niet kunnen worden toegepast, b. met hepatocellulair carcinoom bij wie een in opzet curatieve behandeling of een locoregionale of lokale palliatieve behandeling niet mogelijk is of niet medisch-zinvol wordt geacht, of c. met therapieresistent niet-medullair schildkliercarcinoom.	
<b>44 Sunitinib</b>	3
Uitsluitend voor een verzekerde: a. met gevorderd of gemetastaseerd niercelcarcinoom, b. met een niet-operatief te verwijderen of gemetastaseerde maligne gastro-intestinale stromatumor, als tweedelijnsbehandeling na het falen van een behandeling met imatinib, of c. met niet operatief te verwijderen of gemetastaseerde, goed gedifferentieerde neuro-endocriene tumoren van de pancreas met ziekteprogressie.	
<b>50 Ivabradine</b>	3
Uitsluitend voor een verzekerde met 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.	
<b>51 Sitagliptine en linagliptine</b>	2
Uitsluitend voor een verzekerde met diabetes mellitus type 2 die niet behandeld kan worden met de combinatie van metformine en een sulfonylureumderivaat, geen insuline gebruikt en dit middel gebruikt als monotherapie of als een tweevoudige of drievoudige behandeling in combinatie met metformine en/of een sulfonylureumderivaat.	
<b>52 Bortezomib</b>	3
Uitsluitend voor een verzekerde die lijdt aan een progressief multipel myeloom en die minstens één eerdere specifieke farmaceutische of geneeskundige behandeling voor deze ziekte heeft gehad.	

<b>53 Lenalidomide</b>	<b>3</b>
<p>Uitsluitend voor een verzekerde die lijdt aan een progressief multipel myeloom en die minstens één eerdere specifieke farmaceutische of geneeskundige behandeling voor deze ziekte heeft gehad en bij wie een behandeling met bortezomib medisch niet of niet langer toepasbaar is.</p>	
<b>54 Mecasermine</b>	<b>3</b>
<p>Uitsluitend voor een verzekerde bij wie de groeischijven nog niet zijn gesloten: met een groeistoornis ten gevolge van primaire insulineachtige groeifactor-1 deficiëntie, waarbij sprake is van:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. een lengte standaarddeviatiescore (SDS) <math>\leq -3</math>,</li> <li>b. basale IGF-1 spiegels lager dan het 2,5e percentiel voor leeftijd en geslacht,</li> <li>c. voldoende groeihormonen en</li> <li>d. geen secundaire vormen van IGF-1-deficiëntie.</li> </ol>	
<b>55 Vildagliptine en saxagliptine</b>	<b>2</b>
<p>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 een tweevoudige behandeling in combinatie met metformine of een sulfonyleureumderivaat.</p>	
<b>56 Topotecan capsule</b>	<b>3</b>
<p>Uitsluitend voor een verzekerde met recidiverende kleincellige longkanker die niet opnieuw voor een eerstelijnsbehandeling in aanmerking komt.</p>	
<b>57 Benzodiazepinereceptor-agonist in orale of rectale toedieningsvorm</b>	<b>2</b>
<b>57a Benzodiazepinereceptor-agonist, met uitzondering van diazepam</b>	<b>2</b>
<p>Uitsluitend voor een verzekerde die dit geneesmiddel gebruikt als:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. onderhoudsbehandeling bij epilepsie of als behandeling bij epileptisch insult,</li> <li>b. behandeling van angststoornissen, waarbij medicamenteuze therapie met ten minste twee antidepressiva overeenkomstig de geldende richtlijnen, heeft gefaald,</li> <li>c. behandeling bij multipele psychiatrische problematiek, waarbij behandeling met hoge doses benzodiazepinen noodzakelijk is, of</li> <li>d. palliatieve sedatie bij terminale zorg.</li> </ol>	
<b>57b Diazepam</b>	<b>2</b>
<p>Uitsluitend voor een verzekerde die</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. dit geneesmiddel gebruikt als: <ol style="list-style-type: none"> <li>1°. onderhoudsbehandeling bij epilepsie of als behandeling bij epileptisch insult,</li> <li>2°. behandeling van angststoornissen, waarbij medicamenteuze therapie met ten minste twee antidepressiva overeenkomstig de geldende richtlijnen, heeft gefaald,</li> <li>3°. behandeling bij multipele psychiatrische problematiek, waarbij behandeling met hoge doses benzodiazepinen noodzakelijk is,</li> <li>4°. palliatieve sedatie bij terminale zorg, of</li> </ol> </li> <li>b. niet ambulante is en dit middel gebruikt als spierrelaxans bij therapieresistente spierspasmen ten gevolge van een neurologische aandoening.</li> </ol>	
<b>58 Exenatide en Liraglutide</b>	<b>3</b>
<p>Uitsluitend voor een verzekerde met diabetes mellitus type 2 en een BMI <math>\geq 35</math> kg/m<sup>2</sup>, bij wie de bloedglucosewaarden onvoldoende kunnen worden gereguleerd met de combinatie van metformine en een sulfonyleureumderivaat 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.</p>	

<b>59 Dornase alfa</b>	3
Uitsluitend voor een verzekerde die lijdt aan cystic fibrose.	
<b>61 Romiplostim en eltrombopag</b>	3
Uitsluitend voor een verzekerde van achttien jaar en ouder met chronische idiopathische trombocytopenische purpura die:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. splenectomie heeft ondergaan en refractair is op andere behandelingen, of</li> <li>b. een contra-indicatie heeft voor splenectomie en niet meer voldoende reageert op andere behandelingen, waaronder in ieder geval corticosteroïden.</li> </ul>	
<b>64 Anticonceptiva</b>	a.: 1 b. en c.: 4
Uitsluitend voor een verzekerde:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. jonger dan eenentwintig jaar,</li> <li>b. ter behandeling van endometriose indien de verzekerde hierop is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard, of</li> <li>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.</li> </ul>	
<b>65 Rivaroxaban en apixaban</b>	3
Uitsluitend voor een verzekerde van achttien jaar of ouder die op dit geneesmiddel is aangewezen voor de preventie van veneuze trombo-embolie na een electieve knie- of heupvervangende operatie.	
<b>66 Dabigatran</b>	3
Uitsluitend voor een verzekerde van achttien jaar of ouder die op dit geneesmiddel is aangewezen voor de primaire preventie van veneuze trombo-embolische aandoeningen na een electieve totale knie- of heupvervangende operatie.	
<b>67 Antidepressiva</b>	1
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>68 Pazopanib</b>	3
Uitsluitend voor een verzekerde met gevorderd of gemetastaseerd niercelcarcinoom.	
<b>70 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 Maagzuurremmers in orale toedieningsvorm, inclusief combinatieproducten die een maagzuurremmer bevatten met uitzondering van combinatieproducten met antibiotica bestemd voor bestrijding van Helicobacter Pylori** 2

Uitsluitend voor een verzekerde die blijkens het voorschrift langer dan zes maanden 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.

**72 Lapatinib** 3

Uitsluitend voor een verzekerde postmenopauzale vrouw met gemetastaseerde borstkanker zonder snelle progressie, zonder uitgebreide viscerale metastasen en zonder hersenmetastasen, waarbij de tumor een overexpressie van HER2 (Erb B2) vertoont en hormoonreceptorpositief is, die dit middel gebruikt in combinatie met een aromataseremmer en die niet in aanmerking komt voor chemotherapie.

**73 Rufinamide** 2

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 Everolimus 2,5 mg, 5mg of 10mg (vanaf 1-2-2012)** 3

Uitsluitend voor een verzekerde:

- a. met gevorderd niercelcarcinoom, bij wie ziekteprogressie optreedt ondanks eerdere behandeling met sorafenib, sunitinib of pazopanib, of
- b. met niet operatief te verwijderen of gemetastaseerde, goed gedifferentieerde neuro-endocriene tumoren van de pancreas met ziekteprogressie,
- c. van drie jaar of ouder met subependymale reuscelastrocytomen (SEGA), geassocieerd met Tubereuze Sclerose Complex (TSC) die een therapeutische interventie nodig heeft, maar niet in aanmerking komt voor een chirurgische ingreep, tenzij de verzekerde al op 1 februari 2012 met dit middel werd behandeld.