



Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 21 oktober 2024, kenmerk 3987624-1073489-GMT, houdende wijziging van het GVS november 2024

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering;

Besluit:

ARTIKEL I

De Regeling zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

A

Bijlage 1 wordt als volgt gewijzigd:

1. Aan onderdeel A worden de volgende regels toegevoegd:

0A09AAAA V	133641//10656	CREON 10000 CAPSULE MSR	6,00	STUK	0,40319
0A09AAAA V	133778//16055	CREON 25000 CAPSULE MSR	2,40	STUK	1,00796
0A10BXAP V	EU/1/22/1685/055	MOUNJARO 10 KWIKPEN INJVLST 16,7MG/ML PEN 2,4ML	0,04	ML	113,13662
0A10BXAP V	EU/1/22/1685/056	MOUNJARO 10 KWIKPEN INJVLST 16,7MG/ML PEN 2,4ML	0,04	ML	113,13662
0A10BXAP V	EU/1/22/1685/049	MOUNJARO 2,5 KWIKPEN INJVLST 4,17MG/ML PEN 2,4ML	0,17	ML	28,25028
0A10BXAP V	EU/1/22/1685/050	MOUNJARO 2,5 KWIKPEN INJVLST 4,17MG/ML PEN 2,4ML	0,17	ML	28,25028
0A10BXAP V	EU/1/22/1685/051	MOUNJARO 5 KWIKPEN INJVLST 8,33MG/ML PEN 2,4ML	0,09	ML	56,43282
0A10BXAP V	EU/1/22/1685/052	MOUNJARO 5 KWIKPEN INJVLST 8,33MG/ML PEN 2,4ML	0,09	ML	56,43282
0A10BXAP V	EU/1/22/1685/053	MOUNJARO 7,5 KWIKPEN INJVLST 12,5MG/ML PEN 2,4ML	0,06	ML	84,68310
0A10BXAP V	EU/1/22/1685/054	MOUNJARO 7,5 KWIKPEN INJVLST 12,5MG/ML PEN 2,4ML	0,06	ML	84,68310
YA10BDDO V	128676	SITAGLIPTINE/METFORMINE MACLEODS TABL FO 50/1000MG	1,00	STUK	1,72042
YA10BDDO V	128674	SITAGLIPTINE/METFORMINE MACLEODS TABL FO 50/850MG	1,00	STUK	1,70386
YC02KXAO V	EU/1/24/1859/001	YUVANCI 10MG/20MG FILMOM- HULDE TABLET	1,00	STUK	119,47429
YC02KXAO V	EU/1/24/1859/002	YUVANCI 10MG/40MG FILMOM- HULDE TABLET	1,00	STUK	128,98429
0C09CAAO V	126922	TELMISARTAN AUROBINDO TABLET 20MG	2,00	STUK	0,44652
0C10ABBO V	132379//18388	BEZALIP RETARD TABLET MGA 400MG	1,50	STUK	0,46891
0D06BBADC V	123084	TOLAK 40 MG/G CREME	0,08	GRAM	5,36433
1G03DABO V	133041//118749	CYCLOGEST OVULE 400MG	0,75	STUK	0,38290
0G04CAAO V	123018	SILODOSINE AUROBINDO CAPSULE 4MG	2,00	STUK	0,57721
0G04CAAO V	123019	SILODOSINE AUROBINDO CAPSULE 8MG	1,00	STUK	0,96201
0H01BAAO V	129806	DESMOPRESSINE TEVA TABLET SUBLINGUAAL 120MCG	1,50	STUK	2,10597
0H01BAAO V	129807	DESMOPRESSINE TEVA TABLET SUBLINGUAAL 240MCG	0,75	STUK	4,21194



0H01BAAO V	129805	DESMOPRESSINE TEVA TABLET SUBLINGUAAL 60MCG	3,00	STUK	1,05299
0J01DHAP V	132183//105441	MEROPENEM ORIFARM INF/INJPDR FLACON 1000MG	2,00	STUK	36,63822
0L01BBCO V	127025	FINGOLIMOD AUROBINDO CAPSULE 0,5MG	1,00	STUK	61,60714
0L02AEADI V	EU/1/23/1753/003	DEGARELIX ACCORD 120 MG PDR EN OPLMID V INJECTIE	0,67	STUK	276,11385
0L02AEADI V	EU/1/23/1753/001	DEGARELIX ACCORD 80 MG PDR EN OPLMID V INJECTIE	1,00	STUK	184,07590
0L02AEADI V	EU/1/23/1753/002	DEGARELIX ACCORD 80 MG PDR EN OPLMID V INJECTIE	1,00	STUK	184,07590
0L02AEADI V	131965//35313	ELIGARD DEPOT 6MND INJPDR WWSP 45MG + SOLVENS	0,08	STUK	2208,91080
0L02AEADI V	133055//12277	ZOLADEX IMPLANTATIESTIFT 3,6MG IN WWSP SAFESYSTEM	1,00	STUK	184,07590
0L02AEADI V	133092//12277	ZOLADEX IMPLANTATIESTIFT 3,6MG IN WWSP SAFESYSTEM	1,00	STUK	184,07590
0L02AEADI V	133091//18562	ZOLADEX IMPLANTATIESTIFT 10,8MG IN WWSP SAFESYSTEM	0,33	STUK	552,22770
0L02AEADI V	133710//18562	ZOLADEX IMPLANTATIESTIFT 10,8MG IN WWSP SAFESYSTEM	0,33	STUK	552,22770
0L04AABO V	133749//30203	MYFORTIC TABLET MSR 360MG	4,00	STUK	2,95562
0N04BCAO V	129833	ROTIGOTINE XIROMED PLEISTER 2MG/24UUR	3,00	STUK	1,82710
0N04BCAO V	129834	ROTIGOTINE XIROMED PLEISTER 3MG/24UUR	2,00	STUK	1,95761
0N04BCAO V	129835	ROTIGOTINE XIROMED PLEISTER 4MG/24UUR	1,50	STUK	2,61014
0N04BCAO V	129836	ROTIGOTINE XIROMED PLEISTER 6MG/24UUR	1,00	STUK	3,91522
0N04BCAO V	129837	ROTIGOTINE XIROMED PLEISTER 8MG/24UUR	0,75	STUK	5,22029
0N05BAAO V	130542	ALPRAZOLAM SMB RETARD TABLET MGA 0,5MG	2,00	STUK	0,12101
0N05BAAO V	130543	ALPRAZOLAM SMB RETARD TABLET MGA 1MG	1,00	STUK	0,24201
0N05BAAO V	130544	ALPRAZOLAM SMB RETARD TABLET MGA 2MG	0,50	STUK	0,48403
0N05BAAO V	131119	OXAZEPAM AURO TABLET 10MG	5,00	STUK	0,04840
0N05BAAO V	131120	OXAZEPAM AURO TABLET 50MG	1,00	STUK	0,24201
3N05CFAO V	130294	ZOPICLON GRINDEKS TABLET FILMOMHULD 7,5MG	1,00	STUK	0,19558
0N06DXAO V	EU/1/13/880/018	MEMANTINE ACCORD TABLET FILMOMHULD 10MG	2,00	STUK	1,86000
0N07CAAO V	133724//13612	BETASERC TABLET 16MG	1,50	STUK	0,25684
0N07XXFO V	130694	AMIFAMPRIDINE ACCORD TABLET 10MG	4,00	STUK	20,00000
YR01ADAN V	131311	FLURIZAL NEUSSPRAY 137/ 50MCG/DO FLACON 120DO	1,00	DO	0,17688
0R03ACCIDAV	133720//31994	ATIMOS AEROSOL 12MCG/DOSIS SPUITBUS 100DO	2,00	DO	0,46172
YR03AKAII V	127734	IPRATRO BR/SALBUT NEUTEC VERNOPL 0,5/2,5MG FL2,5ML	1,00	ML	0,28661
2R06AXAO V	131257	FEXOFENADINE HCL AUROBINDO TABLET OMHULD 120MG	1,00	STUK	0,50499
2R06AXAO V	131261	FEXOFENADINE HCL AUROBINDO TABLET OMHULD 180MG	0,67	STUK	0,75748
0S01AXCG V	133706//13510	TRAFLOXAL OOGDRUPPELS 3MG/ML FLACON 5ML	0,40	ML	0,64074
0S01EADG V	133741//21754	ALPHAGAN OOGDRUPPELS 2MG/ML FLACON 5ML	0,20	ML	2,52574



YS01EDEG V	129017	BRINZOLAMIDE/TIMOLOL XIROMED OOGD 10/5MG/ML FL 5ML	1,00	ML	4,23195
------------	--------	--	------	----	---------

2. In onderdeel A worden de volgende regels vervangen door de daarbij vermelde regels:

'0A02BCAO V	133423	APPIZMIT 10MG/15ML CONC EN OPLMID V DRANK 2 MG/ML	10,00	ML	0,16811	‘
0A02BCAO V	133423	APPIZMIT CONC V DRANK 2MG/ML FLES 5ML+SOLV 10ML	10,00	ML	0,16811	;
'0C08CAAO V	103860	AMLODIPINE MYLAN TABLET 5MG (ALS BESILAAT)	1,00	STUK	0,65450	‘
0C08CAAO V	103860	AMLODIPINE VIATRIS TABLET 5MG (ALS BESILAAT)	1,00	STUK	0,65450	;
'0C09CAAO V	107560	VALSARTAN MYLAN TABLET FILMOMHULD 40MG	2,00	STUK	0,44652	‘
0C09CAAO V	107560	VALSARTAN VIATRIS TABLET FILMOMHULD 40MG	2,00	STUK	0,44652	;
'0C10AAAO V	103627	PRAVASTATINENATRIUM MYLAN TABLET 10MG	3,00	STUK	0,55361	‘
0C10AAAO V	103627	PRAVASTATINENATRIUM VIATRIS TABLET 10MG	3,00	STUK	0,55361	;
'0N06BAAO V	113595	METHYLFENIDAAT HCL MYLAN RETARD TABLET MVA 36MG	0,83	STUK	0,43618	‘
0N06BAAO V	113595	METHYLFENIDAAT HCL VIATRIS RETARD TABLET MVA 36MG	0,83	STUK	0,43618	;
'2N06ABAO V	23696	FLUOXETINE MYLAN CAPSULE 20MG	1	STUK	1,06638	‘
2N06ABAO V	23696	FLUOXETINE VIATRIS CAPSULE 20MG	1,00	STUK	1,06638	;
'0R03BBCID V	121022	TIOTROPIUM MYLAN INHALPDR CAPS 18MCG + NEUMOHALER	1,00	STUK	1,49000	‘
0R03BBCID V	121022	TIOTROPIUM VIATRIS INHALPDR CAPS 18MCG	1,00	STUK	1,49000	;

3. Aan onderdeel B worden de volgende regels toegevoegd:

133744//6978	DANTRIUM CAPSULE 25MG
133868//6396	DOXYCYCLINE ADDIMED INJVLST 20MG/ML AMPUL 5ML
EU/1/15/1058/019	ENTRESTO TABLET FILMOMHULD 49/ 51MG
133738//11192	LEVOCARNITINE MEDCOR INJVLST 200MG/ML AMPUL 5ML
133246//13417	PENTACARINAT 300 INJECTIEPOEDER FLACON 300MG
133259//13417	PENTACARINAT 300 INJECTIEPOEDER FLACON 300MG
126186	RYALTRIS NEUSSPRAY 25/600MCG/DO FLACON 240DO
EU/1/18/1340/007	TAKHZYRO 150 MG OPL V INJ IN VOORGEVULDE SPIJT

4. In onderdeel B vervallen de volgende regels:

57079	PARACETAMOL/CODEÏNEFOSFAAT 500MG/50 MG, TABLETTEN
26237=55665	PARACETAMOL/CODEÏNEFOSFAAT 500MG/10 MG, TABLETTEN
26238=57078	PARACETAMOL/CODEÏNEFOSFAAT 500MG/20 MG, TABLETTEN

B

Bijlage 2 wordt als volgt gewijzigd:

1. Er wordt een onderdeel toegevoegd, luidende:

182. Codeïne

Voorwaarde:

Uitsluitend voor een verzekerde met chronische diarree die niet kan uitkomen met loperamide



indien loperamide onvoldoende effectief is gebleken of indien loperamide door een contra-indicatie of intolerantie niet ingezet kan worden.

2. De volgende onderdelen worden vervangen door de daarbij vermelde teksten:

106. Evolocumab

Voorwaarde:

uitsluitend voor een verzekerde met hypercholesterolemie (familiaire en niet-familiaire) en met een voldoende hoog risico, indien de maximaal verdraagbare orale lipiden verlagende therapie van een statine en ezetimib niet de LDL-C streefwaarde bereikt conform de vigerende cardiovasculair risico management (CVRM)-richtlijn, kan evolocumab worden ingezet als volgt:

- a. in combinatie met zowel een statine als ezetimib in een maximaal verdraagbare dosering,
- b. in combinatie met enkel ezetimib indien er sprake is van contra-indicatie of gedocumenteerde statine-intolerantie: statine-geassocieerde spierpijn voor tenminste drie verschillende statines vastgesteld volgens het stroomschema en de criteria beschreven door EAS/ESC consensus (European Heart Journal 2015; 36: 1012-1022),
- c. in combinatie met enkel statine indien er sprake is van contra-indicatie of gedocumenteerde intolerantie voor ezetimib, of
- d. als monotherapie indien zowel ezetimib als statines niet ingezet kunnen worden vanwege een contra-indicatie of intolerantie. Bij statine-intolerantie gaat het om statine-geassocieerde spierpijn voor tenminste drie verschillende statines vastgesteld volgens het stroomschema en de criteria beschreven door EAS/ESC consensus (European Heart Journal 2015; 36: 1012-1022).

Patiënten met hypercholesterolemie met een voldoende hoog risico zijn gedefinieerd als één van onderstaande groepen:

1. homozygote familiale hypercholesterolemie patiënten die niet LDL receptor negatief zijn,
2. heterozygote familiale hypercholesterolemie patiënten, of
3. patiënten met een zeer hoog cardiovasculair risico vanwege vastgestelde hart- en vaatziekten zoals gedefinieerd in de vigerende CVRM-richtlijn.

110. Inclisiran

Voorwaarde:

uitsluitend voor een verzekerde met hypercholesterolemie (familiaire en niet-familiaire) en met een voldoende hoog risico, indien een maximaal verdraagbare statine in combinatie met ezetimib niet de behandel doelstelling bereikt overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard, kan inclisiran worden ingezet als volgt:

- a. in combinatie met zowel een statine als ezetimib in een maximaal verdraagbare dosering,
- b. in combinatie met enkel ezetimib indien er sprake is van contra-indicatie of gedocumenteerde statine-intolerantie: statine-geassocieerde spierpijn voor tenminste drie verschillende statines vastgesteld volgens het stroomschema en de criteria beschreven door EAS/ESC consensus (European Heart Journal 2015; 36: 1012-1022),
- c. in combinatie met enkel statine indien er sprake is van contra-indicatie of gedocumenteerde intolerantie voor ezetimib, of
- d. als monotherapie indien zowel ezetimib als statines niet ingezet kunnen worden vanwege een contra-indicatie of intolerantie. Bij statine-intolerantie gaat het om statine-geassocieerde spierpijn voor tenminste drie verschillende statines vastgesteld volgens het stroomschema en de criteria beschreven door EAS/ESC consensus (European Heart Journal 2015; 36: 1012-1022).

Patiënten met voldoende hoog risico zijn gedefinieerd als één van onderstaande groepen:

1. heterozygote familiare hypercholesterolemie patiënten,
2. patiënten met een doorgemaakt cardiovasculair event én een recidief cardiovasculair event,
3. patiënten met diabetes mellitus type 2 én een doorgemaakt cardiovasculair event, of
4. patiënten met een doorgemaakt cardiovasculair event én echte statine-intolerantie die is vastgesteld en gedocumenteerd.

159. Bempedoïnezuur

Voorwaarde:

uitsluitend voor een verzekerde met niet-familiaire hypercholesterolemie of gemengde dyslipidemie met een (zeer) hoog cardiovasculair risico, indien een maximaal verdraagbare statine in combinatie met ezetimib niet de behandel doelstelling bereikt overeenkomstig de richtlijnen die in



Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard; en de patiënt niet in aanmerking komt voor behandeling met een PCSK9 remmer, kan bempedoïnezuur worden ingezet als volgt:

- a. in combinatie met zowel een statine als ezetimib in een maximaal verdraagbare dosering,
- b. in combinatie met enkel ezetimib indien er sprake is van contra-indicatie of gedocumenteerde statine-intolerantie: statine-geassocieerde spierpijn voor tenminste drie verschillende statines vastgesteld volgens het stroomschema en de criteria beschreven door EAS/ESC consensus (European Heart Journal 2015; 36: 1012-1022),
- c. in combinatie met enkel statine indien er sprake is van contra-indicatie of gedocumenteerde intolerantie voor ezetimib, of
- d. als monotherapie indien zowel ezetimib als statines niet ingezet kunnen worden vanwege een contra-indicatie of intolerantie. Bij statine-intolerantie gaat het om statine-geassocieerde spierpijn voor tenminste drie verschillende statines vastgesteld volgens het stroomschema en de criteria beschreven door EAS/ESC consensus (European Heart Journal 2015; 36: 1012-1022).

166. Alirocumab

Voorwaarde:

uitsluitend voor een verzekerde met hypercholesterolemie (familiaire en niet-familiaire) en met een voldoende hoog risico, indien de maximaal verdraagbare orale lipidenverlagende therapie van een statine en ezetimib niet de LDL-C streefwaarde bereikt conform de vigerende cardiovasculair risico management (CVRM)-richtlijn, kan alirocumab worden ingezet als volgt:

- a. in combinatie met zowel een statine als ezetimib in een maximaal verdraagbare dosering,
- b. in combinatie met enkel ezetimib indien er sprake is van contra-indicatie of gedocumenteerde statine-intolerantie: statine-geassocieerde spierpijn voor tenminste drie verschillende statines vastgesteld volgens het stroomschema en de criteria beschreven door EAS/ESC consensus (European Heart Journal 2015; 36: 1012-1022),
- c. in combinatie met enkel statine indien er sprake is van contra-indicatie of gedocumenteerde intolerantie voor ezetimib, of
- d. als monotherapie indien zowel ezetimib als statines niet ingezet kunnen worden vanwege een contra-indicatie of intolerantie. Bij statine-intolerantie gaat het om statine-geassocieerde spierpijn voor tenminste drie verschillende statines vastgesteld volgens het stroomschema en de criteria beschreven door EAS/ESC consensus (European Heart Journal 2015; 36: 1012-1022).

Patiënten met hypercholesterolemie met een voldoende hoog risico zijn gedefinieerd als één van onderstaande groepen:

1. heterozygote familiale hypercholesterolemie patiënten, of
2. patiënten met een zeer hoog cardiovasculair risico vanwege vastgestelde hart- en vaatziekten zoals gedefinieerd in de vigerende CVRM-richtlijn.

181. Baricitinib

Voorwaarde:

uitsluitend op voorschrift van een dermatoloog voor een verzekerde met als hoofdindicatie de behandeling van ernstige alopecia areata (AA) bij wie:

- a. sprake is van een SALT (Severity of Alopecia Tool) score ≥ 50 én
- b. huidige episode en ziekte-ernst van AA korter is dan 8 jaar én
- c. de hergroei van haar onvoldoende is, ondanks de inzet van lokale middelen en ten minste één systemisch immunosuppressivum (methotrexaat, ciclosporine, prednison oraal of i.m.) in een adequate dosis voor een passende behandelduur, tenzij er aangetoonde contra-indicaties zijn voor of bijwerkingen zijn van deze middelen.

De behandeling dient na 6 maanden te worden geëvalueerd en bij onvoldoende werkzaamheid gestaakt te worden overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

ARTIKEL II

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 november 2024, met uitzondering van artikel I, onderdeel B, onder 1, dat in werking treedt met ingang van 1 januari 2025. Indien de Staatscourant waarin deze regeling wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 1 november 2024, treedt deze regeling, met uitzondering van artikel I, onderdeel B, onder 1, in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 november 2024.



Deze regeling zal in de Staatscourant worden geplaatst.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Agema*