

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202400567

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
  - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het geneesmiddel Saxenda<sup>®</sup> aan haar te vergoeden ten laste van de zorgverzekering dan wel uit coulance. Zij heeft hierbij gewezen op haar medische situatie en de noodzaak van gewichtsverlies, de onmogelijkheid om dit gewichtsverlies via leefstijlaanpassingen of bariatrische chirurgie te realiseren, het feit dat zij eerder het Coeur programma volgde, en de omstandigheid dat de ziektekostenverzekeraar niet kan garanderen dat zij na een individuele GLI wél in aanmerking komt voor het geneesmiddel. Behoudens de eis van deelname aan een door het RIVM erkende GLI voldoet zij aan alle geldende voorwaarden. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat, om in aanmerking te komen voor vergoeding van het geneesmiddel Saxenda<sup>®</sup> ten laste van de zorgverzekering, een verzekerde zonder succes één jaar een door het RIVM erkende GLI moet hebben gevolgd. Aan deze voorwaarde is door verzoekster niet voldaan. Voor een coulancevergoeding ziet de ziektekostenverzekeraar geen grond.
- 1.2. De commissie overweegt dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van het geneesmiddel Saxenda<sup>®</sup> ten laste van de zorgverzekering. Uit het advies van het Zorginstituut aan de commissie blijkt dat verzoekster niet voldoet aan de toepasselijke voorwaarden, omdat zij geen door het RIVM erkende GLI heeft gevolgd. Verder geldt dat van een volstrekte onmogelijkheid om aan een door het RIVM erkende GLI deel te nemen niet is gebleken. Ten aanzien van de mogelijkheid van een coulancevergoeding geldt dat de beslissing daarover in beginsel is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. De commissie wijst het verzoek af.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 8 maart 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 2 april 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 7 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 10 mei 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 10 juni 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024019332) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is, eveneens op 10 juni 2024, aan partijen gezonden.
- 2.4. Op 10 en 12 juni 2024 heeft verzoekster aanvullende stukken aan de commissie gestuurd. Kopieën hiervan zijn, eveneens op 12 juni 2024, aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 juli 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd. Op 1 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief aan de commissie gezonden. Een afschrift hiervan is op 2 augustus 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 30 juli 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 10 juni 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 14 augustus 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een kopie hiervan is diezelfde dag aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij brief van 16 augustus 2024 heeft verzoekster hierop gereageerd. Een afschrift hiervan is op 27 augustus 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Van de ziektekostenverzekeraar heeft de commissie geen reactie ontvangen.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (Combinatiepolis) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend \*\*\* en Aanvullend Tand \*\* (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Bij brief van 8 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat het geneesmiddel Saxenda® niet wordt vergoed.
- 3.3. Bij brieven van 8 en 19 maart 2024 heeft verzoekster een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Bij e-mailbericht van 24 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd en aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 10 juni 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.5. Bij brief van 14 augustus 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

#### 4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het geneesmiddel Saxenda® aan haar te vergoeden ten laste van de zorgverzekering dan wel uit coulance.
- 4.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster bij klachtenformulier van 8 maart 2024 haar medische achtergrond toegelicht. Vanwege chronische pijn gebruikt zij de geneesmiddelen methadon en gabapentine. Door het gebruik van deze geneesmiddelen is zij 45 kilogram aangekomen. In 2023 is verzoekster gediagnosticeerd met borstkanker. In verband hiermee is zij onder andere met hormoontherapie behandeld. Ook de hormoontherapie heeft tot gewichtstoename geleid. In juni 2023 kreeg verzoekster een stafylokok aureus infectie, met sepsis in de knie tot gevolg. Zij heeft in verband hiermee twee spoedoperaties ondergaan en is gedurende twintig dagen opgenomen geweest in het ziekenhuis. Dit heeft restklachten tot gevolg gehad. Haar sepsis-knie moet per direct worden vervangen door een prothese. Ook vervanging van haar andere knie moet binnenkort plaatsvinden, omdat deze is versleten door overbelasting.
- 4.3. Volgens verzoekster is aan alle geldende voorwaarden voldaan, met uitzondering van de voorwaarde dat na 1 januari 2022 een door het RIVM erkende gecombineerde leefstijlinterventie (hierna: GLI) moet zijn doorlopen. Dat aan deze voorwaarde niet is voldaan, kan verzoekster echter niet worden tegengeworpen. Zij heeft een intake gehad om deel te nemen aan een GLI, maar is hiervoor afgewezen, omdat dit programma niet geschikt is voor haar. Er is namelijk in haar situatie geen winst te behalen op het gebied van eetgewoontes en activiteiten. Verzoekster heeft een gemiddelde calorie-inname van 1.800 kilocalorieën per dag. Hier mag zij niet onder komen, omdat zij vier keer in de week sport. Daarnaast volgt verzoekster al sinds medio 2021 het leefstijlprogramma van Coeur, maar hiermee is tot op heden onvoldoende resultaat behaald.
- 4.4. Vier verschillende artsen hebben verzoekster laten weten dat goede hoop bestaat dat zij baat heeft bij het gebruik van het geneesmiddel Saxenda®. Volgens de behandelend orthopeed is iedere kilogram die verzoekster afvalt beter voor haar skelet. Hierdoor kan een knieoperatie worden uitgesteld. De behandelend orthopeed heeft toegelicht dat 30% kans bestaat dat een sepsis terugkeert. Er is een aanzienlijke kans dat verzoekster dit dan niet overleeft. Volgens de behandelend orthopeed kan verzoekster niet méér bewegen dan zij op dit moment al doet. Ook de behandelend longarts heeft verklaard dat afvallen goed zal zijn voor verzoekster. Na de sepsis werkt haar middenrif nog maar voor 50%. Haar hart krijgt minder zuurstof en dit heeft benauwdheid tot gevolg. Als verzoekster afvalt, hoeven de longen en het hart minder hard te werken. De longarts ziet geen andere oplossing dan het gebruik van het geneesmiddel Saxenda®. De behandelend cardioloog is op dit moment nog bezig met aanvullende onderzoeken, maar heeft het vermoeden uitgesproken dat het feit dat het hart van verzoekster minder zuurstof krijgt, en daardoor harder moet werken, een blijvende restklacht is van de sepsis. Dit is een veelvoorkomende complicatie. Ook hij heeft verklaard dat gewichtsvermindering verzoekster zal helpen, maar weet niet hoe dit kan worden bereikt, omdat zij alles al goed doet. De huisarts heeft verklaard ook niet te weten hoe verzoekster zelfstandig kan afvallen.
- 4.5. Het is voor verzoekster thans niet mogelijk om vooruit te komen in haar leven, omdat haar lichaam te zwaar wordt belast. Zij bevindt zich in een vicieuze cirkel en haar wordt geen oplossing geboden. Het gebruik van het geneesmiddel Saxenda® zal leiden tot verbetering van de kwaliteit van leven en uiteindelijk minder gezondheidsrisico's en zorgkosten tot gevolg hebben. De ziektekostenverzekeraar ziet weliswaar de noodzaak voor het geneesmiddel, maar zegt niet voor de menselijke benadering te mogen kiezen omdat door de overheid regels zijn opgesteld voor de basisverzekering.
- 4.6. Bij chatbericht van 10 juni 2024 heeft verzoekster toegelicht dat het Coeur programma een multidisciplinaire behandeling biedt in voeding- en eetstoornissen. Psyche, voeding en

sport komen daar samen in de vorm van poliklinische, bijna dagelijkse, behandelingen. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat aanspraak zou bestaan op vergoeding van het geneesmiddel Saxenda® als verzoekster zes maanden later met dit programma zou zijn gestart. Blijkbaar betrof het Coeur programma in 2022 wel een erkende GLI.

Uit het advies van het Zorginstituut van 10 juni 2024 aan de commissie blijkt dat informatie over de BMI van verzoekster mist. Ook is opgemerkt dat de aanvraag van de behandelend arts ontbreekt. Verzoekster was er niet mee bekend dat deze informatie moest worden overgelegd. De ziektekostenverzekeraar heeft hier nooit om gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft steeds gezegd dat een verklaring van een arts geen verschil zal maken bij de beoordeling, omdat geen door het RIVM erkende GLI is gevolgd.

Verzoekster heeft verklaard dat zij een BMI van 35.9 heeft. Ook is zij bekend met artrose- en longproblemen. Verder heeft zij opgemerkt dat metabole chirurgie absoluut géén optie is, vanwege de verhoogde kans op sepsis.

- 4.7. Bij e-mailbericht van 12 juni 2024 heeft verzoekster herhaald dat zij niet via de 'normale' weg kan afvallen. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster een verklaring van haar huisarts overgelegd waarin is opgenomen dat het voor verzoekster om medische redenen noodzakelijk is om af te vallen. Eveneens om medische redenen is het voor haar fysiek onmogelijk af te vallen met reguliere leefstijlaanpassingen. Verder blijkt ook uit deze verklaring dat verzoekster een BMI van 35.9 heeft. Het advies van 10 juni 2024 dat het Zorginstituut aan de commissie heeft uitgebracht, is volgens verzoekster onvolledig. Het Zorginstituut is niet ingegaan op het feit dat zij heeft geprobeerd toestemming te krijgen voor een individuele GLI, zodat zij, na het doorlopen van deze GLI, gegarandeerd aanspraak kon maken op het geneesmiddel Saxenda®. De individuele GLI betreft een pilot van een andere zorgverzekeraar. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het individueel programma mag worden gevolgd, maar dat de mogelijkheid bestaat dat verzoekster na twaalf maanden alsnog geen aanspraak heeft op het geneesmiddel Saxenda®. Er moet twaalf maanden een GLI worden gevolgd om aanspraak te kunnen maken op het geneesmiddel Saxenda®. Verzoekster wordt echter afgewezen voor een GLI in groepsverband.
- 4.8. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat zij een BMI van 35,9 heeft. In het verleden heeft zij een sepsis gehad. Ook heeft zij zware artrose en een longcapaciteit van 50%. Door jarenlang gebruik van methadon is zij aangekomen. Medio 2021 is verzoekster gestart met het Coeur-programma. Na tien maanden heeft zij te horen gekregen dat zij moest stoppen met het gebruik van methadon om verder te kunnen met dit programma. Aangezien dit onmogelijk was, is het programma beëindigd. Volgens de huisarts was haar deelname aan het Coeur-programma voldoende om aanspraak te maken op Saxenda®. Toch is de aanvraag afgewezen. Vervolgens heeft de huisarts verzoekster aangemeld voor een GLI. Er is telefonisch contact geweest met een medewerker van de GLI. Het Coeur-programma is besproken. Het gesprek leidde tot de conclusie dat het Coeur-programma alle onderdelen van de GLI behandelt. Ten aanzien van de beweegmomenten geldt dat verzoekster vanwege haar lichamelijke problemen daar niet aan kan deelnemen. Toen duidelijk werd dat hieraan niet kon worden deelgenomen, eindigde het gesprek. Verzoekster beschikt niet over een schriftelijke afwijzing. In dit telefoongesprek is een alternatief aangeboden, namelijk een pilot van een andere verzekeraar. De ziektekostenverzekeraar wil niet toezeggen dat Saxenda® wordt vergoed na het doorlopen van deze pilot. Het blijkt dus onmogelijk om aan de voorwaarden te voldoen. Verzoekster heeft toegelicht dat het lastig is om steeds te worden afgewezen vanwege een beperkte bewegingsmogelijkheid. Op dit moment zit zij vast in een 'loop'. Zij moet meedoen aan een GLI, maar daarvoor wordt zij afgewezen. Een individuele GLI is niet voldoende. Een gastric bypass behoort niet tot de mogelijkheden vanwege haar complexe gezondheidssituatie. Saxenda® is haar enige manier om af te vallen.
- 4.9. In haar brief van 16 augustus 2024 heeft verzoekster aangevoerd dat zij, gelet op haar individuele omstandigheden, aanspraak heeft op het geneesmiddel Saxenda®. Vanwege sepsis kan verzoekster niet deelnemen aan de beweegmomenten van een GLI. Ook kan zij hierdoor geen maagverkleining krijgen. Verder geldt dat zij een zwaarder programma heeft gevolgd.

Het gebruik van het geneesmiddel Saxenda® kan ervoor zorgen dat haar gewicht lager wordt. Dit leidt hoogstwaarschijnlijk tot pijnvermindering en tot het krijgen van meer lucht met een lagere hartslag. Het gebruik van het geneesmiddel Saxenda® zal de gezondheid verbeteren en toekomstige zorgkosten verlagen.

Verder heeft verzoekster opgemerkt dat het Zorginstituut in het advies aan de commissie geen rekening heeft gehouden met het feit dat verzoekster niet kan en mag deelnemen aan een door het RIVM erkende GLI. Verzoekster mag wel deelnemen aan een individueel programma, maar de ziektekostenverzekeraar geeft niet de zekerheid dat verzoekster na twaalf maanden alsnog aanspraak heeft op het geneesmiddel Saxenda®. Verzoekster zit in een 'loop' waarvan zij niet weet hoe zij ooit toestemming moet krijgen.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster niet voor vergoeding van het geneesmiddel Saxenda® in aanmerking komt. Hij heeft hiertoe in zijn brief van 7 mei 2024 toegelicht dat hij zorg onder de Zorgverzekeringswet mag vergoeden indien een verzekerde daarop aanspraak heeft. Wil een verzekerde aanspraak hebben op een bepaalde vorm van zorg, dan moet:
- (a) het gaan om een vorm van zorg zoals (in dit geval) medisch specialisten die plegen te bieden (artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering);
  - (b) het gaan om een vorm van zorg die behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk (artikel 2.1, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering);
  - (c) de verzekerde redelijkerwijze zijn aangewezen op de betreffende vorm van zorg (artikel 2.1, derde lid, van het Besluit zorgverzekering).
- 5.2. Extramurale geneesmiddelen, zoals het geneesmiddel Saxenda®, komen voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking zodra het geneesmiddel is opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Het GVS is een onderdeel van de Regeling zorgverzekering. Deze regeling bevat lijsten met geneesmiddelen die een te verzekeren prestatie zijn in het kader van de Zorgverzekeringswet. De middelen die zijn opgenomen in het GVS zijn geclusterd op bijlage IA van de Regeling zorgverzekering (onderling vervangbare middelen) of staan apart op bijlage 1B (unieke geneesmiddelen). Voor sommige geneesmiddelen in het GVS gelden extra voorwaarden voor vergoeding. Deze geneesmiddelen worden tevens geplaatst op bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering, met vermelding van de voorwaarden. Deze limitatieve positieve lijsten vormen, waar het gaat om de extramurale geneesmiddelen, een gesloten systeem van te verzekeren prestaties.
- Het geneesmiddel Saxenda®, met als werkzame stof liraglutide, is opgenomen in het GVS en wordt vergoed vanuit de zorgverzekering voor de behandeling van een specifiek omschreven groep mensen met een ernstig overgewicht. In artikel 141 van bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering zijn de voorwaarden genoemd voor vergoeding van het geneesmiddel Saxenda®, namelijk: *"in combinatie met een door het RIVM erkende gecombineerde leefstijlinterventie (GLI), indien de GLI niet succesvol is na één jaar, voor de behandeling van volwassenen zonder diabetes mellitus type 2 met een extreem verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico en die (nog) niet in aanmerking komen voor metabole chirurgie:*
- 1°. met een BMI >35 kg/m<sup>2</sup> in combinatie met een comorbiditeit (hart- en vaatziekte, slaapapneu en/ of artrose) óf
  - 2°. met een BMI >40 kg/m<sup>2</sup>.
- De behandeling dient te worden gestaakt indien na 3 maanden gebruik van de onderhoudsdosering het aanvankelijke gewicht niet metten minste 5% is afgenomen".*
- Om in aanmerking te komen voor vergoeding van het geneesmiddel Saxenda® ten laste van de zorgverzekering, dient een verzekerde zonder succes één jaar een door het RIVM erkende GLI te hebben gevolgd. Aan deze voorwaarde is door verzoekster niet voldaan.
- Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het stellen van een medisch-inhoudelijke indicatie de verantwoordelijkheid van de behandelend arts is. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar het recht te controleren of de door de arts geïndiceerde vorm van zorg (i) inderdaad voor de desbetreffende patiënt is aangewezen en (ii) ook niet meer omvat (en dus

niet duurder is) dan nodig is. Het is aan de behandelend arts om vast te stellen of een verzekerde medisch inhoudelijk aanspraak heeft op het geneesmiddel Saxenda®. De behandelend arts dient hiertoe altijd een artsenverklaring, zoals opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland, in te vullen. Een van de voorwaarden op dit formulier is dat gedurende één jaar zonder succes een door het RIVM erkende GLI is gevolgd. Verzoekster heeft zelf verklaard dat zij hieraan niet voldoet.

- 5.3. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij ervoor heeft gekozen om in dit geval niet over te gaan tot het, uit coulance, maken van een uitzondering
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij is gehouden aan de door de wetgever opgestelde vergoedingsvoorwaarden. Saxenda® kan alleen worden vergoed in combinatie met een door het RIVM erkend GLI, indien de GLI niet succesvol is na één jaar. Volgens het Zorginstituut is deze voorwaarde van belang, omdat het RIVM uitgebreid onderzoek heeft gedaan naar de (kosten)effectiviteit van de GLI. Om aanspraak te maken op Saxenda® moet de GLI ook tijdens het gebruik worden gevolgd. Monotherapie, waarbij alleen Saxenda® wordt gebruikt, wordt afgeraden.  
Het Coeur-programma is niet door het RIVM erkend. Het is niet duidelijk waaruit dit programma bestaat. Dat het programma intensiever zou zijn, betekent niet dat het ook kosteneffectief was. Ook is verzoekster inmiddels gestopt met dit programma. Ten aanzien van de genoemde pilot geldt dat dit geen verzekerde zorg betreft. De effectiviteit hiervan is niet aangetoond. Er is geen bewijs dat dit voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het is niet bekend of deze pilot in de toekomst door het RIVM wordt erkend. Daarom kan niet worden gegarandeerd dat het doorlopen van de pilot leidt tot aanspraak op Saxenda®. De ziektekostenverzekeraar vergoed ook geen programma zoals de genoemde pilot.  
Volgens de ziektekostenverzekeraar kan een verzekerde om verschillende redenen worden afgewezen voor een GLI. Deze beoordeling is niet aan de zorgverzekeraar. Groepstherapie en bewegingselementen zijn kenmerkend voor de GLI die op dit moment als verzekerde zorg wordt aangemerkt. Op dit moment bestaan er vier erkende GLI's. Dat verzoekster is afgewezen voor één GLI betekent niet dat zij voor alle GLI's wordt afgewezen.
- 5.5. In zijn brief van 1 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar gewezen op andere door het RIVM erkende GLI's die worden aangeboden. Verder heeft hij opgemerkt dat de vraag of een aangepaste GLI voor een verzekerde mogelijk is, altijd op individuele basis wordt beantwoord door de zorgaanbieder. Het is aan verzoekster om dit te bespreken met de aanbieder van de GLI.

## 6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 10 juni 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

### **"Beoordeling**

*De informatie in het dossier is farmacotherapeutisch en juridisch beoordeeld.*

*Liraglutide is opgenomen in de huidige Nederlandse multidisciplinaire behandelrichtlijn 'Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen' uit 2023. Volgens deze richtlijn dient de inzet van medicatie in de totale behandeling van overgewicht en obesitas alleen ter ondersteuning van of aanvulling op een gezonde leefstijl, waarbij desondanks geen gezonder gewicht bereikt kan worden.*

*De behandeling van obesitas volgt het 'stepped care'- en 'matched care'-principe.*

*De keuze voor een behandelmodaliteit vindt plaats op geleide van o.a. het gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR):*

- Een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) is eerste keus;
- Overweeg het toevoegen van gewichtsreducerende medicatie na één jaar GLI bij een matig of sterk verhoogd GGR, of al vroeg in de behandeling bij een extreem verhoogd GGR. Kies voor

liraglutide, semaglutide, naltrexon/bupropion of eventueel orlistat op basis van o.a. effectiviteit, comorbiditeit, beschikbaarheid en prijs;

- Overweeg metabole chirurgie met name bij een extreem verhoogd GGR.

Het GLI-programma richt zich op gewichtsverlies, gevolgd door gewichtsbehoud en gezondheidswinst. De behandeling bestaat uit een combinatie van een gezond voedingspatroon, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventueel psychologische begeleiding ter ondersteuning van de gedragsverandering. Niet alle leefstijlprogramma's zijn (even) effectief. Het RIVM heeft een aantal GLI-programma's, welke bewezen effectief zijn, erkend.

#### Beoordeling Zorginstituut

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet duidelijk wat de BMI van verzoekster is. De BMI is nodig om te beoordelen of verzoekster voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden van liraglutide zoals opgenomen in bijlage 2 van de Rzv.

Daarnaast blijkt uit het dossier dat verzoekster medio 2021 op eigen initiatief is gestart met het leefstijlprogramma van Coeur. Het leefstijlprogramma van Coeur is niet door het RIVM erkend. Ook is het op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet duidelijk wat de inhoud van het programma is. Verzoekster heeft het programma tien maanden gevolgd, waarna gebleken is dat het programma voor haar niet effectief is. Verzoekster geeft aan dat ze niet in staat is om vijftien minuten zelfstandig te lopen, waardoor ze niet kan deelnemen aan een door het RIVM erkend GLI-programma. Om echter voor vergoeding van het geneesmiddel Saxenda® ten laste van de basisverzekering in aanmerking te komen, moet een door het RIVM erkend GLI-programma zijn gevolgd gedurende één jaar.

Verzoekster voldoet niet aan deze voorwaarde.

Overigens bevat het dossier geen verklaring van een behandelend arts. De informatie over de medische achtergrond van verzoekster is afkomstig van verzoekster zelf. Het is derhalve niet duidelijk wat de overwegingen van debehandelend arts zijn om liraglutide voor te schrijven.

#### **Conclusie**

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding van liraglutide (Saxenda®). Verzoekster heeft namelijk geen erkend GLI-programma gevolgd en er is geen informatie bekend over haar BMI. Verder is de aanvraag niet onderbouwd door een behandelend arts. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op de vergoeding van Saxenda® ten laste van debasisverzekering.

#### **Advies**

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster voldoet niet aan de voorwaarden voor vergoeding van Saxenda® ten laste van de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 14 augustus 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen.

Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

Het Zorginstituut merkt hierbij op dat de aanvullende informatie met betrekking tot de BMI van verzoekster en de onderbouwing van de behandelend arts, niet maken dat het voorlopig advies moet worden aangepast. Zonder deelname aan een door het RIVM erkend GLI-programma



voldoet verzoekster niet aan de vergoedingsvoorwaarden van liraglutide zoals opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering (Rzv)."

## 7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over geneesmiddelen en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. Verzoekster wil graag gebruik maken van het geneesmiddel Saxenda®, omdat dit volgens haar de enige oplossing is om gewicht te verliezen. Verzoekster hoopt dat gewichtsverlies haar gezondheidstoestand en kwaliteit van leven zal verbeteren. De commissie heeft begrip voor de wens van verzoekster om dit geneesmiddel te gebruiken. De commissie heeft echter de taak om te beoordelen of het geneesmiddel voor vergoeding in aanmerking komt aan de hand van onder andere de voorwaarden van de zorgverzekering en de geldende wet- en regelgeving.
- 8.3. Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen die in het GVS zijn opgenomen komen voor vergoeding in aanmerking, ten laste van de zorgverzekering. Dit volgt uit artikel 2.8, eerste lid, onder a, Bzv. Deze geneesmiddelen zijn blijkens artikel 2.5 Rzv vermeld op bijlage 1 en bijlage 2 Rzv. Hetgeen is beschreven in artikel B.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. Tussen partijen is niet in geschil dat het geneesmiddel Saxenda® onder zijn werkzame stof liraglutide is opgenomen in artikel 141 van bijlage 2 Rzv en daarmee een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering.
- 8.4. Voor de aanspraak op het geneesmiddel Saxenda® gelden echter voorwaarden. Zo zijn in artikel 141 van bijlage 2 Rzv, onder a t/m d vier alternatieve voorwaarden opgenomen waaraan moet zijn voldaan, wil het geneesmiddel voor vergoeding in aanmerking komen. De voorwaarden als bepaald onder a, b en d zijn niet op de situatie van verzoekster van toepassing, omdat gesteld noch gebleken is dat zij bekend is met diabetes mellitus type 2. Om die reden wordt alleen getoetst aan de voorwaarde in artikel 141, onder c, van bijlage 2 Rzv. Hieruit blijkt dat het geneesmiddel uitsluitend voor vergoeding in aanmerking komt in combinatie met een door het RIVM erkende GLI, indien de GLI niet succesvol is na één jaar, voor de behandeling van volwassenen zonder diabetes mellitus type 2 met een extreem verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico en die (nog) niet in aanmerking komen voor metabole chirurgie:
  - met een BMI groter of gelijk aan 35 kg/m<sup>2</sup> in combinatie met een comorbiditeit (hart- en vaatziekte, slaapapneu en/of artrose) óf
  - met een BMI groter of gelijk aan 40 kg/m<sup>2</sup>.
- 8.5. In zijn advies aan de commissie van 10 juni 2024 komt het Zorginstituut tot de conclusie dat verzoekster geen aanspraak kan maken op vergoeding van het geneesmiddel Saxenda® ten laste van de zorgverzekering, omdat niet is aangetoond dat zij aan de geldende voorwaarden voldoet. Verzoekster heeft namelijk geen door het RIVM erkend GLI-programma gevolgd. Het Zorginstituut concludeert dat verzoekster geen aanspraak kan maken op vergoeding van het geneesmiddel Saxenda® ten laste van de zorgverzekering. In het advies van 14 augustus 2024



heeft het Zorginstituut opgemerkt dat de aanvullende informatie met betrekking tot het BMI van verzoekster en de onderbouwing van de behandelend arts niet maken dat het voorlopig advies moet worden aangepast. Zonder deelname aan een door het RIVM erkende GLI voldoet verzoekster niet aan de geldende vergoedingsvoorwaarden van bijlage 2 Rzv.

De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd - waaronder het feit dat zij niet is toegelaten tot de GLI die door haar gemeente wordt aangeboden en haar verwijzing naar het door haar gedurende tien maanden gevolgde Coeur programma - geen reden van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Dit geldt eveneens voor de stelling van verzoekster dat zij heeft geprobeerd toestemming van de ziektekostenverzekeraar te krijgen voor een individuele GLI die als pilot door een andere zorgverzekeraar wordt aangeboden. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat het vergoeden van het geneesmiddel Saxenda® toekomstige zorgkosten zal verlagen merkt de commissie op dat de zorgverzekering niet voorziet in de mogelijkheid van substitutie, namelijk het vergoeden van niet-verzekerde zorg op basis van de bespaarde kosten van wél verzekerde zorg, voor zover dit laatste al aan de orde zou zijn. De commissie neemt de conclusie van het Zorginstituut over. Dit betekent dat de aanvraag voor het geneesmiddel Saxenda® op basis van de toepasselijke voorwaarden van de zorgverzekering, terecht werd afgewezen.

- 8.6. Voorts heeft verzoekster betoogd dat het voor haar, gelet op het feit dat zij naar eigen zeggen is afgewezen voor een GLI, onmogelijk is om aan de geldende voorwaarden te voldoen, terwijl daarnaast de met een GLI beoogde leefstijlaanpassingen niet tot gewichtsverlies zullen leiden. De commissie overweegt in dit verband dat niet gebleken is dat het voor verzoekster onmogelijk is om aan enig GLI programma deel te nemen. Verzoekster heeft weliswaar opgemerkt dat zij is afgewezen voor een GLI die door haar gemeente wordt aangeboden, maar de ziektekostenverzekeraar heeft er in dit verband op gewezen dat er verschillende andere door het RIVM erkende GLI's worden aangeboden en zouden kunnen worden gevolgd. Van een volstrekte onmogelijkheid om aan een door het RIVM erkende GLI deel te nemen is dus niet gebleken. De commissie merkt nog op dat de ziektekostenverzekeraar heeft duidelijk gemaakt dat de vraag of een aangepaste GLI voor een verzekerde mogelijk is, altijd op individuele basis wordt beantwoord door de zorgaanbieder en dat het aan verzoekster is om dit zo nodig dit te bespreken met de aanbieder van de GLI.
- 8.7. Verzoekster heeft, gelet op haar bijzondere (gezondheids)situatie een beroep gedaan op coulance door de ziektekostenverzekeraar. De commissie overweegt dat voor coulance geldt dat het toepassen hiervan een handelen uit welwillendheid is, dus zonder dat het juridische verplicht is. Het coulancebeleid is aan de ziektekostenverzekeraar voorbehouden en de commissie kan in deze beslissing van de ziektekostenverzekeraar niet treden. De commissie kan slechts een vergoeding toekennen als de ziektekostenverzekeraar gelijke gevallen zonder goede reden ongelijk behandelt. Dit is in het onderhavige geval gesteld noch gebleken.

*Slotsom*

- 8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 oktober 2024,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

**Informatie voor partijen**

*Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.*

*Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

**BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

## Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Bijlage 2. horende bij artikel 2.5, tweede en derde lid, van de Regeling zorgverzekering

#### 141. Liraglutide

Voorwaarde:

- a. uitsluitend voor een verzekerde met diabetes mellitus type 2 en een BMI  $\geq 30$  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,
- b. als toevoeging aan metformine en basaal-insuline (NPH-insuline/langwerkend insuline analoog) bij een verzekerde met diabetes mellitus type 2 en een BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> bij wie de bloedglucosewaarden onvoldoende zijn gereguleerd na  $\geq 3$  maanden behandeling met optimaal getitreerd basaal insuline in combinatie met metformine (al dan niet met een sulfonyleureumderivaat) in een maximaal verdraagbare dosering,
- c. in combinatie met een door het RIVM erkende gecombineerde leefstijlinterventie (GLI), indien de GLI niet succesvol is na 1 jaar, voor de behandeling van volwassenen zonder diabetes mellitus type 2 met een extreem verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico en die (nog) niet in aanmerking komen voor metabole chirurgie:
  - 1°. met een BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> in combinatie met een comorbiditeit (hart- en vaatziekte, slaapapneu en/of artrose) óf
  - 2°. met een BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>.De behandeling dient te worden gestaakt indien na 3 maanden gebruik van de onderhoudsdosering het aanvankelijke gewicht niet met ten minste 5% is afgenomen, of
- d. als toevoeging aan een SGLT2-remmer en metformine of wanneer er een contra-indicatie bestaat voor een SGLT2-remmer, toegevoegd aan de standaardbehandeling, bij een verzekerde met diabetes mellitus type 2 met een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten (overeenkomstig de NHG-richtlijn Diabetes Mellitus type 2):
  - 1°. met eerder bewezen hart- en vaatziekten, en/of
  - 2°. chronische nierschade.

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.5

1. In bijlage 1 bij deze regeling worden genoemd:
  - a. de op grond van artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
  - b. de op grond van artikel 2.1, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen.
2. In bijlage 2 bij deze regeling worden vermeld:
  - a. categorieën van geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, waarvoor de farmaceutische zorg slechts aflevering van dat geneesmiddel omvat indien voldaan is aan de bij die categorieën vermelde criteria;
  - b. de voorwaarden waaronder en de termijn gedurende welke de farmaceutische zorg, bedoeld in de aanhef van artikel 2.8, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering de geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat.
3. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten behoren slechts tot de farmaceutische zorg indien voldaan is aan onderdeel 1 van bijlage 2 van deze regeling.
4. In bijlage 3, onderdelen A en B, bij deze regeling worden genoemd de geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een beslissing als bedoeld in artikel 2.50, vijfde lid, niet zijn aangewezen, geregistreerde geneesmiddelen ten aanzien waarvan het voornemen tot aanwijzing als bedoeld in artikel 2.50, achtste lid, niet is uitgevoerd en geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een wijziging van bijlage 1 niet meer zijn aangewezen.
5. Farmaceutische zorg, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel b, onder 1°, van het Besluit zorgverzekering, omvat geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan:
  - a. een geregistreerd UR-geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet waarover blijkens bijlage 1 en 3 bij deze regeling geen besluit over de aanwijzing, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering, is genomen;
  - b. een in bijlage 3, onderdeel A, bij deze regeling genoemd niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet, mits aan daarbij vermelde criteria wordt voldaan.

---

# Besluit zorgverzekering

---

## Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

## Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
  - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
  - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
    - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
    - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet,
    - 3°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners,
    - 4°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
    - 5°. artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;
  - c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
2. Farmaceutische zorg omvat geen:



- a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
  - b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
  - c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
  - d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
  - e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.
3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.
  4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.
  5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.

In die ministeriële regeling wordt tevens de aanvraagprocedure voor de aanwijzing geregeld, worden regels gesteld met betrekking tot de systematiek van de indeling in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen en worden regels gesteld met betrekking tot de vaststelling van een vergoedingslimiet voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.

6. In afwijking van het vijfde lid kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat voor bij die regeling aangewezen groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen de vergoedingslimiet kan worden herberekend of buiten werking kan worden gesteld.

# A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

## A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

### 1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- a. de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- b. het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- c. de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- d. interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- e. de zorgadviestrajecten van Zorgverzekeraars Nederland;
- f. ons eigen wetenschappelijk onderzoek conform de richtlijnen van het Zorginstituut Nederland 2015, bekrachtigd door de Hoge Raad d.d. 30 maart 2018. Een overzicht van het door ons gevoerde wetenschappelijk onderzoek vindt u op onze website [zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/msr](http://zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/msr);
- g. het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

Onverzekerde zorg komt nooit voor vergoeding in aanmerking.

### 1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

### Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op:

<https://wetten.overheid.nl/jci1.3.c:BWBR0018715&hoofdstuk=2&paragraaf=1&sub-paragraaf=1.1&artikel=2.2&z=2020-05-09&q=2020-05-09>. In deze Regeling is onder artikel 2.2.2 en 2.2.3 ook de tijdelijke aanspraak op paramedische herstellende zorg voor patiënten die ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt, opgenomen.

### 1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

## A.2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

### 2.1 Recht op zorg

Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- a. verzekeringsplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- b. verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

### 2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

### 2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

### 2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent. Wij kunnen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg controleren op rechtmatigheid en doelmatigheid.

## Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

### Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](http://zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

## Hulpmiddelen

*Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.*

### B.3 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

- levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding;
- het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;
- een eventueel reservehulpmiddel.

### Voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen

De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of kunt u bij ons opvragen. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u vooraf onze toestemming vragen, behalve als het gaat om stoma-voorzieningen en/of katheters en toebehoren. In sommige gevallen worden de hulpmiddelen in bruikleen aan u gegeven. Dit staat in het Reglement Hulpmiddelen. In dat geval wijken wij af van dit artikel onder a en artikel [A.2.1 Recht op zorg](#).

### Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Heeft u een hulpmiddel nodig dat deel uitmaakt van medisch-specialistische zorg? Dan heeft u geen recht op hulpmiddelen op basis van dit artikel. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel [B.28](#).

## Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

### Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](http://zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

## Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

*Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.*

### B.4 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;
- advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.

#### **U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:**

- a. de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg. GVS staat voor Geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden en wat de maximale vergoeding is. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract heeft afgesloten of een apotheek zonder contract; en
- b. andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:
  - geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheek in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;
  - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van de Geneesmiddelenwet;
  - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
  - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, wanneer het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
  - geneesmiddelen die volgens artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet; en
- c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

#### **Wettelijke eigen bijdrage**

Kost een geneesmiddel meer dan de vergoedingslimiet die in het GVS is opgenomen? Dan betaalt u deze kosten (bovenlimietprijs) zelf. Deze wettelijke eigen bijdrage op geneesmiddelen is gemaximeerd tot € 250,- per persoon per kalenderjaar. Bent u niet een heel kalenderjaar verzekerd bij ons? Dan berekenen wij de maximale wettelijke eigen bijdrage op geneesmiddelen op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar bij ons verzekerd bent.

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Een omschrijving van deze (deel)prestaties vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg. Op onze website vindt u daarnaast een overzicht van de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten. Bovendien vindt u hier ook de geregistreerde geneesmiddelen die wij hebben aangewezen als "preferent". Uiteraard kunt u deze informatie ook bij ons opvragen.

#### **Voorwaarden voor het recht op geneesmiddelen en dieetpreparaten**

1. De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
2. Een apotheek moet de geneesmiddelen leveren. Voor de levering van dieetpreparaten contracteren wij medische speciaalzaken. Een apotheek mag de dieetpreparaten ook leveren, maar dan is de vergoeding conform de polisvoorwaarden voor niet-gecontracteerde zorg. Meer hierover leest u in [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)
3. Zijn er identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan heeft u alleen recht op de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen of het geneesmiddel dat de apotheek heeft aangewezen. Is er geen geneesmiddel aangewezen? Dan heeft u recht op het laagst geprijsde geneesmiddel. Uw apotheker kan u vertellen welk geneesmiddel het laagst geprijsd is. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op een niet-aangewezen of hoger geprijsd geneesmiddel. De voorschrijver (zie onder 1) moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische indicatie en moet dit kunnen onderbouwen. Meer informatie hierover leest u in de Begrippenlijst van het Reglement Farmaceutische Zorg.
4. U heeft alleen recht op dieetpreparaten als:
  - a. u een aandoening heeft waarbij toediening van deze preparaten een essentieel onderdeel is van adequate zorg;
  - b. u niet kunt uitkomen met normale aangepaste voeding en/of dieetproducten;
  - c. is voldaan aan de aanvullende voorwaarden voor vergoeding die staan in bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. Bijlage 2 wordt regelmatig gewijzigd. Ook tijdens het lopende polisjaar. U kunt de meest actuele bijlage met de voorwaarden vinden op internet: <http://wetten.overheid.nl>; tik in het zoekvenster Regeling zorgverzekering; klik op vind; klik op Regeling zorgverzekering; klik in de lijst links onderaan op Bijlage 2;
  - d. als ze zijn voorgeschreven door een arts of diëtist.

In artikel 4.4 van het Reglement Farmaceutische Zorg staan nog een aantal aanvullende bepalingen voor het recht op specifieke geneesmiddelen. U heeft alleen recht op deze geneesmiddelen als u voldoet aan deze bepalingen.

#### **Voorwaarden voor het recht op (deel)prestaties**

Voor een aantal (deel)prestaties stellen wij aanvullende eisen aan de kwaliteit van de zorgverlening en/of randvoorwaarden voor welke farmaceutische zorg u mag declareren. U heeft alleen recht op deze deelprestaties als aan deze aanvullende eisen is voldaan. In het Reglement Farmaceutische Zorg leest u, voor welke (deel)prestaties deze voorwaarden gelden.

## Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar

### Let op!

Bij plaatsing door een gynaecoloog wordt zowel de plaatsing als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. U betaalt dan eigen risico. Bij plaatsing door een huisarts of verloskundige worden, zowel de plaatsing, als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. Het eigen risico geldt dan alleen voor de spiraal. Voor de plaatsing van de spiraal door de huisarts of verloskundige is geen eigen risico verschuldigd.

### Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op de volgende geneesmiddelen en/of (deel)prestaties farmacie:

- anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder, tenzij er een medische indicatie voor is. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies);
- geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat u daar geen recht op heeft;
- geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, derde lid, onder b van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die staan in artikel 40, derde lid, onder f van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die therapeutisch gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen;
- alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg;
- homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen;
- niet geregistreerde allergenen, tenzij de behandeling met een geregistreerd allergeen niet mogelijk is. U heeft alleen recht op een niet geregistreerd allergeen op basis van een door ons afgegeven machtiging op individuele basis.

### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

#### Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](http://zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

## Mond en tanden (mondzorg)

*Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.*

U heeft recht op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprotheticici, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van B.5 tot en met B.12) gaan wij hierop in.

### B.5 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, dat u zonder orthodontische behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder deze aandoening? Dan heeft u recht op deze behandeling.

#### Let op!

In andere gevallen valt orthodontie niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende verzekering afsluiten.

#### N.B.

Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar.

### Voorwaarden voor het recht op orthodontie in bijzondere gevallen

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor een behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- U heeft een blijvende ontwikkelings- of groeistoornis die leidt tot een ernstige functiebeperking en deze is in ernst vergelijkbaar met een lip-, kaak- of verhemeltespleet (schisis).
- Voor deze behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting, lichtfoto's en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.