

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en Menzis zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V. beide te Wageningen  
Zaak : Farmaceutische zorg, Saxenda® en Mysimba®  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, artt. 2.1 en 2.8 Bzv, art 2.1, 2.5 en  
bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022  
Zaaknummer : 202201393  
Zittingsdatum : 24 mei 2023

## 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen,
  - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 20 januari 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 26 januari 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 21 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie meegedeeld dat de aanvraag voor een buikwandcorrectie alsnog wordt goedgekeurd. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt met betrekking tot de aangevraagde geneesmiddelen aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 23 maart 2023 aan verzoekster gestuurd. Verzoekster heeft bij brief van 23 maart 2023 een reactie gegeven.
- 2.3. Bij brief van 19 april 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023013054) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 20 april 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 mei 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 1 juni 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 19 april 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 5 juni 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 500 (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. In het verleden is bij verzoekster een maagband geplaatst en weer verwijderd. Daarnaast is bij haar een gastric bypass uitgevoerd. In de jaren daarna heeft verzoekster een aantal tia's gehad en in 2018 is bij haar darmkanker geconstateerd. In 2020 en 2021 is verzoekster tweemaal geopereerd aan een buikwandbreuk. De behandelend plastisch chirurg heeft op 22 juni 2022

namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor een buikwandcorrectie ingediend. Daarnaast heeft verzoekster op 22 oktober 2022 een aanvraag ingediend voor het geneesmiddel Saxenda® of Mysimba®.

- 3.3. Bij brieven van 23 juni 2022 en 5 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor de buikwandcorrectie is afgewezen. Bij brief van 25 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor beide geneesmiddelen is afgewezen.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de beslissing over de buikwandcorrectie gevraagd. Bij brief van 9 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. De ziektekostenverzekeraar is tevens verzocht om heroverweging van de afwijzende beslissing over het geneesmiddel Mysimba®. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 11 januari 2023 geantwoord dat hij ook deze beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 19 april 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 5 juni 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

#### 4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aanvankelijk aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar:
  - 1) de aangevraagde buikwandcorrectie moet vergoeden, en
  - 2) het geneesmiddel Saxenda® of Mysimba® moet vergoeden.

Daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, heeft verzoekster ter zitting verklaard dat de buikwandcorrectie geen onderwerp van geschil meer is en dit onderdeel van het verzoek is vervallen c.q. ingetrokken. Het is om deze reden dat de commissie hetgeen door verzoekster in het kader van de buikwandcorrectie in de schriftelijke fase aan de commissie is uiteengezet, verder (ook in de weergave van het standpunt van de ziektekostenverzekeraar) buiten beschouwing laat.

- 4.2. Wat betreft de aanspraak op een van de geneesmiddelen geldt dat verzoekster de voorkeur geeft aan het geneesmiddel Saxenda®. Zij heeft hiervan eerder gebruik gemaakt en is toen vijftien kilogram afgevallen in zes maanden tijd. Het geneesmiddel Saxenda® is effectief gebleken. Voor het geneesmiddel Mysimba® is ook een aanvraag ingediend, omdat dit beter past bij haar huidige gewicht.
 

Voor beide geneesmiddelen geldt weliswaar de eis dat een verzekerde minimaal één jaar een gecombineerde leefstijlinterventie (hierna: 'GLI') moet hebben gevolgd, maar in de situatie van verzoekster is het onredelijk dat deze eis wordt gehandhaafd. Verzoekster heeft haar inzet om af te vallen ruimschoots bewezen door samen te werken met erkende specialisten en therapeuten. Daarnaast is op de lange termijn geen GLI te vinden waaraan zij kan deelnemen. Bovendien hebben de zorgverleners die GLI aanbieden in haar omgeving verklaard dat een dergelijk programma voor verzoekster zinloos is, omdat haar huidige programma intensiever is dan een GLI.

Tot slot geldt dat verzoekster is aangewezen op een ongezond voedingspatroon als zij geen gebruik kan maken van een van de aangevraagde geneesmiddelen. Afvallen zou in dat geval namelijk betekenen dat zij dagelijks maximaal 700 kilocalorieën mag innemen.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop aangevoerd dat al haar behandelaars achter het gebruik van één van de twee aangevraagde geneesmiddelen staan. Zij voldoet aan alle voorwaarden voor het gebruik van de geneesmiddelen, met uitzondering van de voorwaarde dat

een door het RIVM erkende GLI moet zijn gevolgd. Deze voorwaarde bestaat pas sinds september van vorig jaar. Het volgen van een GLI is in de situatie van verzoekster zonde van haar tijd, omdat haar huidige programma veel zwaarder is dan het programma van een GLI. Daarbij komt dat verzoekster pas in november of december 2023 zou kunnen starten met een GLI, omdat eerder geen plaats is. Pas nadat de GLI één jaar is gevolgd, kan zij starten met het gebruik van het geneesmiddel. Verzoekster heeft, daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, verklaard dat zij geen contact heeft gehad met de afdeling Zorgadvies van de ziektekostenverzekeraar over de beschikbaarheid van een GLI.

Op dit moment maakt verzoekster gebruik van een preparaat om te voorkomen dat zij, vanwege de lage calorie-inname, buiten bewustzijn raakt. Dit preparaat is duurder dan de aangevraagde geneesmiddelen en wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. Dit preparaat heeft maar een beperkte werking ten opzichte van de aangevraagde geneesmiddelen. Verzoekster wenst gebruik te maken van een geneesmiddel dat haar van dienst kan zijn. Het is onbegrijpelijk dat iets wat niet effectief én duurder is wel wordt vergoed en niets wat effectief is gebleken niet.

- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Wat betreft de aanvraag voor het geneesmiddel Saxenda® of Mysimba® heeft de ziektekostenverzekeraar uiteengezet dat in Bijlage 1 Rzv is opgenomen welke geneesmiddelen vanuit de zorgverzekering worden vergoed. Voor de geneesmiddelen Saxenda® en Mysimba® gelden aanvullende voorwaarden, die zijn opgenomen in Bijlage 2 Rzv. Voor beide geneesmiddelen geldt de voorwaarde dat voorafgaand aan vergoeding van het geneesmiddel één jaar een door het RIVM erkende GLI moet zijn gevolgd en dat betrokkene, ondanks volle inzet, niet genoeg is afgevallen. Verzoekster voldoet niet aan deze voorwaarde. Dat het programma waaraan verzoekster deelneemt zwaarder zou zijn en geheel in lijn met de richtlijn voor GLI, maakt dit niet anders. De GLI programma's zijn door het RIVM getoetst op effectiviteit en erkenning door het RIVM is een absolute voorwaarde voor vergoeding. Daarnaast betwist de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster niet op korte termijn aan een door het RIVM erkende GLI bij haar in de buurt kan deelnemen.

Voor het geneesmiddel Saxenda® geldt tevens dat sprake moet zijn van een BMI vanaf 35 in combinatie met een hart- of vaatziekte, slaapapneu of artrose. Of een BMI vanaf 40. Verzoekster voldoet niet aan deze voorwaarden

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij niet meer mag vergoeden dan de Zorgverzekeringswet voorschrijft. Voor beide geneesmiddelen geldt dat hierop geen aanspraak bestaat, omdat verzoekster geen door het RIVM erkende GLI heeft gevolgd. Voor het geneesmiddel Saxenda® geldt nog een aanvullende afwijzingsgrond.

Weliswaar geeft verzoekster te kennen dat haar huidige programma zwaarder is dan een door het RIVM erkende GLI, maar dit neemt niet weg dat haar huidige programma niet door het RIVM is erkend. De ziektekostenverzekeraar bestrijdt de stelling van verzoekster dat op korte termijn geen GLI beschikbaar is waar zij aan kan deelnemen en adviseert haar nogmaals om contact op te nemen met de afdeling Zorgadvies.

Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de Zorgverzekeringswet geen ruimte kent voor substitutie van zorg. Zorg die wel wordt vergoed, kan niet worden vervangen voor zorg die niet wordt vergoed.

- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

## 6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 19 april 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

### **'Beoordeling**

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

*In geschil is de vraag of verzoekster voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding van Saxenda® of Mysimba®.*

*De voorwaarden opgenomen in bijlage 2 van de Rzv zijn gebaseerd op de therapeutische plaats van dat middel in de stappenplan van de behandeling van obesitas. Eerste keus in de behandeling van obesitas bij volwassenen is een (intensieve) gecombineerde leefstijlinterventie (GLI; bestaande uit gezonde voeding, verhogen van lichaamsactiviteit en eventueel psychologische begeleiding).*

*Volgens de Zorgstandaard Obesitas van het Partnerschap Obesitas Nederland kan bij onvoldoende effect van GLI, medicatie ter ondersteuning van GLI worden toegepast in de tweedelijnszorg.*

*Volwassenen met morbide obesitas komen onder bepaalde voorwaarden in aanmerking voor bariatrische chirurgie. Liraglutide en bupropion met naltrexon zijn beide nog niet opgenomen in de huidige Nederlandse behandelrichtlijnen voor obesitas.*

### Indicatie verzoekster

*Verzoekster heeft morbide obesitas. Hiervoor heeft ze in 2005 bariatrische chirurgie ondergaan. Zelfs na deze chirurgische ingreep om de maag te verkleinen is er nog steeds sprake van ernstig overgewicht.*

*De huidige behandelstappen bij obesitas (volgens de principes van stepped care: leefstijlinterventies, medicamenteuze behandeling en als laatste bariatrische chirurgie) heeft verzoekster allemaal ondergaan. Door de behandeling in Elkerliekkliniek, met behulp van liraglutide, is ze afgevallen tot 85 kg. Met een huidige BMI van  $< 30 \text{ kg/m}^2$  voldoet verzoekster aan de BMI-voorwaarde voor vergoeding van Mysimba®, een BMI van  $27 \text{ kg/m}^2$  tot  $30 \text{ kg/m}^2$  in combinatie met een comorbiditeit: verzoekster heeft meerdere TIA's gehad. Verzoekster voldoet niet aan de voorwaarden voor vergoeding van Saxenda®: haar BMI sluit niet aan bij de bijlage 2 voorwaarden, daarnaast heeft ze metabole chirurgie ondergaan. Een medicamenteuze behandeling ná metabole chirurgie is ongebruikelijk en niet beschreven in de richtlijnen. Gezien haar specifieke situatie is het echter onduidelijk bij welk middel verzoekster baat heeft, ook gelet op het feit dat het dossier geen recept bevat en geen van beide middelen is voorgeschreven. Het is ter beoordeling van de behandelend arts welk middel voorgeschreven wordt.*

*Verzoekster heeft geen door het RIVM erkende GLI gevolgd. Dit is een vereiste voor de vergoeding van Saxenda® of Mysimba® ten laste van de basisverzekering. GLI is wetenschappelijk onderbouwd en wordt als een integraal geheel aangeboden en vergoed ten laste van de basisverzekering.*

*Het programma dat verzoekster heeft gevolgd is individueel opgesteld door een gespecialiseerde kliniek en niet wetenschappelijk onderzocht. Volgens een leefstijlcoach van GLI kan een GLI echter niet veel bijdragen aan het programma wat verzoekster op advies van de Elkerliekkliniek volgt.*

*Volgens de diëtiste die verzoekster sinds 2020 behandelt is verzoekster zeer gemotiveerd om af te vallen. Ze volgt een streng dieet en sport onder begeleiding van een sportfysiotherapeut. Sinds juni 2021 is haar gewicht stabiel (rond de 85 kg). In het geval van verzoekster is sprake van een*

uitzonderlijke situatie. Het is niet te verwachten dat het volgen van een door het RIVM erkende GLI voor verzoekster van meerwaarde is. Zonder aanvullende medicamenteuze therapie is een verdere gewichtsafname niet aannemelijk.

### Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verzoekster geen aanspraak kan maken op vergoeding van Saxenda® of Mysimba® ten laste van de basisverzekering, omdat zij niet voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding. Verzoekster heeft namelijk geen door het RIVM erkende GLI gevolgd en dit is een vereiste voor de vergoeding van Saxenda® of Mysimba® ten laste van de basisverzekering. Verzoekster voldoet daarnaast niet aan de voorwaarden met betrekking tot metabole chirurgie en BMI voor de vergoeding van Saxenda®.

Verzoekster voldoet wel aan de BMI-voorwaarde voor vergoeding van Mysimba®.

### 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® of Mysimba® ten laste van de basisverzekering'.

- 6.2. In het definitief advies van 5 juni 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

*'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.'*

## 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 A17 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 de aanspraak op behandelingen van plastisch chirurgische aard en farmaceutische zorg 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. Wat partijen - na de oplossing in der minne van het geschil omtrent de buikwandcorrectie - nog verdeeld houdt is het antwoord op de vraag of verzoekster aanspraak kan maken op het geneesmiddel Saxenda® dan wel Mysimba®. De commissie overweegt dat op grond van artikel 2.8, eerste lid, onder a, Bzv aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor vergoeding in aanmerking komen. Deze geneesmiddelen zijn blijkens artikel 2.5. Rzv vermeld op bijlage 1 en bijlage 2 Rzv. De door verzoekster aangevraagde geneesmiddelen zijn opgenomen in de artikelen 141 en 147 van bijlage 2 Rzv.
- 8.3. Voor de aanspraak op deze geneesmiddelen gelden 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 Saxenda® 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 verzoekster lijdt aan 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 dit middel 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 behandeling van volwassenen zonder diabetes mellitus type 2 met een extreem verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico en die (nog) niet in aanmerking komen voor metabole chirurgie:

1. 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
2. met een BMI groter of gelijk aan 40 kg/m<sup>2</sup>.

- 8.4. Wat betreft het geneesmiddel Mysimba® geldt, op basis van artikel 147 van bijlage 2 Rzv, dat dit uitsluitend voor vergoeding in aanmerking komt voor de behandeling van een volwassene in combinatie met een door het RIVM erkende GLI, indien de GLI niet succesvol is na één jaar met een BMI groter of gelijk aan 30 kg/m<sup>2</sup>, of met een BMI van 27 kg/m<sup>2</sup> tot 30 kg/m<sup>2</sup> in combinatie met een comorbiditeit ((risicofactoren voor) hart- en vaatziekte, diabetes mellitus type 2, slaapapneu en/of artrose).
- 8.5. Uit het voorgaande volgt dat voor zowel Saxenda® als Mysimba® geldt dat het uitsluitend voor vergoeding in aanmerking komt in geval van een behandeling in combinatie met een door het RIVM erkende GLI, indien de GLI niet succesvol is na één jaar. De commissie stelt vast dat verzoekster voorafgaand aan de aanvraag geen door het RIVM erkende GLI heeft gevolgd. Dit leidt tot de conclusie dat verzoekster geen aanspraak heeft op het geneesmiddel Saxenda® dan wel Mysimba® en dat de ziektekostenverzekeraar de aanvragen hiervoor terecht heeft afgewezen. Het feit dat verzoekster deelneemt aan een programma dat zwaarder zou zijn dan een door het RIVM erkende GLI, en dat geheel in lijn is met de richtlijn voor GLI, maakt dit oordeel helaas niet anders, waarbij de commissie overigens uitdrukkelijk opmerkt dat zij niet twijfelt aan de mededeling van verzoekster dat haar huidige programma veel zwaarder is dan het programma van een GLI. Ook de stelling van verzoekster dat zij, als zij geen gebruik kan maken van een van deze geneesmiddelen, is aangewezen op een ongezond voedingspatroon, maakt niet dat verzoekster aanspraak kan maken op het geneesmiddel Saxenda® dan wel Mysimba®.
- 8.6. Gelet op de gang van zaken rondom de buikwandcorrectie - meer in het bijzonder dat dienaangaande een oplossing is bereikt tussen partijen tijdens de onderhavige procedure - ziet de commissie aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten het entreegeld aan verzoekster terug te betalen.

*Slotom*

- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie beslist dat:

- (i) verzoekster op grond van de zorgverzekering geen aanspraak heeft op vergoeding van het geneesmiddel Saxenda<sup>®</sup> of Mysimba<sup>®</sup> ten laste van de zorgverzekering;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 16 juni 2023

A.I.M. van Mierlo



### **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 ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl).*

### **BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

voor vergoeding in aanmerking.

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Alle door Menzis gecontracteerde zorgaanbieders hebben een kwaliteitsstatuut. Op [menzis.nl/zorgvinder](https://menzis.nl/zorgvinder) vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met de klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, controleer dan vóór de behandeling of deze zorgaanbieder een geregistreerd kwaliteitsstatuut heeft. U kunt hiervoor contact opnemen met de klantenservice. U kunt ook contact opnemen met de betreffende zorgaanbieder, naar de website van de zorgaanbieder gaan of naar [zorginzicht.nl](https://zorginzicht.nl). Als de zorgaanbieder waar u naartoe gaat geen geregistreerd kwaliteitsstatuut heeft, komt de verleende zorg niet voor vergoeding in aanmerking.

### Verwijzing

U heeft alleen recht op gespecialiseerde GGZ met opname als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts, medisch specialist, spoedeisende hulp arts (SEH), arts maatschappij en gezondheid of uw regiebehandelaar. Deze verwijfsbrief dient gedateerd te zijn van voor het bezoek aan de SGGZ, dient specifiek naar de SGGZ te verwijzen en dient tenminste te vermelden wat de door de verwijzer vermoede psychische (DSM-)stoornis is en de reden voor de verwijzing. Als er sprake is van spoedeisende zorg waarvoor in redelijkheid geen verwijzing mogelijk was, dan heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

### Toestemming

- Als u kiest voor een behandeling met verblijf bij een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming van Menzis nodig. Om deze toestemming aan te vragen, kunt u contact opnemen met de klantenservice.
- Wilt u voortgezet verblijf na een periode van 365 dagen of nadat de periode waarvoor reeds toestemming is verleend is verstreken? Dan moet u uiterlijk 2 maanden voordat de periode van 365 dagen of de termijn waarvoor toestemming is verleend verstrijkt, schriftelijk toestemming vragen aan Menzis via uw huidige regiebehandelaar. Op [menzis.nl](https://menzis.nl) vindt u het aanvraagformulier.
- Wilt u het geneesmiddel esketamine (onder andere Spravato) gebruiken? Dan heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming van Menzis nodig. Om deze toestemming aan te vragen, kunt u contact opnemen met de klantenservice.

### Let op

Indien u geen vermelding van de diagnosecode op de declaratie wenst, maar de declaratie toch voor vergoeding in aanmerking wilt laten komen, is voorafgaand of uiterlijk bij de 1<sup>e</sup> declaratie een verklaring nodig. U dient samen met uw behandelaar een verklaring te ondertekenen en naar Menzis op te sturen. Deze verklaring is te vinden op [menzis.nl/vergoedingen](https://menzis.nl/vergoedingen). De nota dient alle informatie te bevatten die volgens wet- en regelgeving vereist is (met uitzondering dus van de diagnosecode). Zie [menzis.nl](https://menzis.nl) voor deze vereisten.

## Geneesmiddelen

**Een geneesmiddel (of medicijn) is een stof die een bepaalde, gewenste werking op het lichaam uitoefent. Geneesmiddelen zijn er in allerlei vormen, zoals tablet, injectievloeistof, zetpil, pleister. Er zijn duizenden**

geneesmiddelen op de markt. Om een geneesmiddel op de markt te mogen brengen, heeft de producent een handelsvergunning nodig. Die vergunning wordt alleen verleend als het (merk- of merkloze) geneesmiddel voldoet aan strenge kwaliteitseisen.

## Welke zorg

### Geregistreerde geneesmiddelen

Met uitzondering van de uitgesloten middelen bedoeld onder het kopje 'Preferentiebeleid', heeft u recht op alle geneesmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke geneesmiddelen dat zijn, is te vinden in Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op [overheid.nl](https://overheid.nl). Als u wilt weten of een bepaald geneesmiddel op deze lijst staat, kunt u ook contact opnemen met onze Klantenservice.

### Niet geregistreerde geneesmiddelen

U heeft recht op geneesmiddelen die in de apotheek zelf zijn bereid. Ook heeft u recht op geneesmiddelen die uw arts voor gebruik door u bestelt, als dit geneesmiddel in Nederland is bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, 1<sup>e</sup> lid, onder mm van de Geneesmiddelenwet. Indien het gaat om een bestelling van een geneesmiddel dat in Nederland niet in de handel is maar wel in een ander land, is dit slechts toegestaan als u lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. In alle gevallen moet het gaan om rationele farmacotherapie. Dat wil zeggen dat behandeling plaatsvindt met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en de effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering.

### Advies en begeleiding

In deze zorg is het advies van en de begeleiding door degene die u het geneesmiddel ter hand stelt, inbegrepen.

#### Let op

Er gelden beperkingen ten aanzien van: preferentiebeleid, indicatie, plaats van toediening en maximale periode.

### Preferentiebeleid

Ieder geneesmiddel heeft een werkzame stof. U heeft recht op alle werkzame stoffen die voorkomen in de geneesmiddelen in bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. Vaak zijn er verscheidene geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof op de markt. Bij sommige geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en dezelfde toedieningsvorm heeft u alleen recht op die geneesmiddelen die door Menzis zijn aangewezen. Dit zijn de zogenaamde preferente geneesmiddelen. Voor welke werkzame stoffen preferente geneesmiddelen zijn aangewezen en welke geneesmiddelen dat zijn, vindt u in het Verzekeringsreglement. In uitzonderingsgevallen kan het voorkomen dat behandeling met een preferent geneesmiddel medisch niet verantwoord is. Dan heeft u recht op een ander geneesmiddel uit Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op [overheid.nl](https://overheid.nl).

### Preferente geneesmiddelen

Als behandeling met een preferent geneesmiddel niet medisch verantwoord is en u dus een ander, niet-preferent, geneesmiddel wilt gebruiken, heeft u voorafgaande toestemming nodig. Als u naar een apotheker gaat waarmee Menzis een overeenkomst heeft gesloten, geeft deze apotheek u het geneesmiddel mee als u een door een arts ondertekend recept inlevert waarop de arts 'medisch noodzakelijk' of MN heeft geschreven.

Of als u samen met het recept een door uw huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts, ingevulde verklaring inlevert. Gaat u naar een apotheker waarmee Menzis geen overeenkomst heeft gesloten dan vraagt u met het Aanvraagformulier farmaceutische zorg toestemming aan Menzis. Bij dit formulier moet u een gemotiveerde toelichting van uw arts sturen. Als het gaat om medicatie die u voor het eerst gebruikt, heeft u de 1<sup>e</sup> 15 dagen ook zonder toestemming van Menzis recht op het geneesmiddel. U moet dan wel binnen die 15 dagen een aanvraag voor toestemming bij Menzis indienen. Als u de aanvraag niet tijdig indient heeft u na de 15<sup>e</sup> dag geen recht meer op het niet-preferente geneesmiddel.

### **Indicatie**

Op sommige geneesmiddelen heeft u alleen recht als u een indicatie heeft die in de wettelijke regeling is omschreven. U vindt deze geneesmiddelen en indicaties in Bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op [overheid.nl](https://overheid.nl). Voor sommige geneesmiddelen die op Bijlage 2 staan gelden ook andere voorwaarden, die u vindt in het Verzekeringsreglement. U kunt het Verzekeringsreglement vinden op [menzis.nl](https://menzis.nl).

### **Plaats van toediening**

Sommige geneesmiddelen mogen alleen in een ziekenhuis worden toegediend en/of ter hand gesteld, tenzij Menzis toestemming heeft gegeven voor toediening en/of terhandstelling elders. In tabel 2 in het Verzekeringsreglement staan deze geneesmiddelen vermeld. De geneesmiddelen die in tabel 3 van het Verzekeringsreglement staan, mogen alleen in een ziekenhuis worden toegediend en/of ter hand gesteld. Toediening of terhandstelling buiten het ziekenhuis is niet verzekerd. In het Verzekeringsreglement staat ook wat onder een ziekenhuis wordt verstaan.

### **Minimale- en maximale afleverperiode voor geneesmiddelen**

Het recept van de arts en de voorgeschreven hoeveelheid geneesmiddel is leidend voor de hoeveelheid geneesmiddelen die afgeleverd wordt door uw apotheek, tenzij deze boven de onderstaande hoeveelheden uitkomen. Een andere reden kan zijn dat de houdbaarheid van een geneesmiddel ervoor zorgt dat u slechts een deel meekrijgt. De apotheker zal dit altijd met u overleggen.

- Een nieuw voorgeschreven geneesmiddel krijgt u voor 15 dagen mee. Of u krijgt de kleinste geneesmiddelenverpakking. Als het gaat om een geneesmiddel waarvoor het preferentiebeleid geldt, krijgt u de kleinste verpakking van dat preferente geneesmiddel mee.
- Voor de anticonceptiepil geldt een aflevertermijn van 3 maanden voor een nieuw voorgeschreven geneesmiddel. Daarna geldt een termijn van 6 of 12 maanden naar keuze van de verzekerde in overleg met de apotheker of apothekersassistente.
- Bij geneesmiddelen die duurder zijn dan € 1.000 per maand wordt na de 1<sup>e</sup> uitgifte maximaal voor een periode van 1 maand afgeleverd. Bij hiv-medicatie geldt dat na een instelperiode van 3 maanden voor een periode van maximaal 3 maanden mag worden afgeleverd.
- Tenminste 3 maanden en ten hoogste 6 maanden voor alle geneesmiddelen, die u langdurig moet gebruiken (voor chronisch gebruik). Tenminste 3 maanden en ten hoogste 12 maanden voor merkloze geneesmiddelen en geneesmiddelen die in het Menzis preferentiebeleid zijn opgenomen (voor chronisch gebruik).
- 1 maand voor slaapmiddelen en kalmeringsmiddelen.
- Bij geneesmiddelengebruik tijdens intensieve zorg thuis (farmaceutische zorg tijdens de palliatieve en terminale fase), geldt in principe een periode van 15 dagen. Er kan ook in overleg tussen verzekerde, (huis)arts, wijkverpleegkundige en apotheker een maatwerkafpraak worden gemaakt.
- Minimaal 1 maand voor alle andere gevallen.

## Eigen bijdrage

Het kan zijn dat u een eigen bijdrage moet betalen. In bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering staan alle geneesmiddelen waar u recht op heeft. Deze bijlage heeft een onderdeel A en een onderdeel B. In onderdeel A staan alle geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet is vastgesteld. Als u een geneesmiddel gebruikt dat meer kost dan de vergoedingslimiet, moet u het gedeelte dat hoger is dan de limiet zelf betalen. Dit geldt ook als het geneesmiddel dat u gebruikt is bereid uit een geneesmiddel dat meer kost dan de vergoedingslimiet. U hoeft niet meer dan € 250 aan eigen bijdragen voor geneesmiddelen per kalenderjaar te betalen. Als het geneesmiddel dat u gebruikt in onderdeel B staat, is er geen vergoedingslimiet.

### Let op

De eigen bijdrage is niet hetzelfde als het eigen risico. U betaalt beide.

## Uitsluitingen

U heeft geen recht op geneesmiddelen:

- in gevallen die zijn aangegeven in de Regeling zorgverzekering,
- in geval van ziekterisico bij reizen,
- voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, 3<sup>e</sup> lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet,
- die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij het een apotheekbereiding is van een geneesmiddel opgenomen in Bijlage 3, onderdeel A, van de Regeling zorgverzekering, of het een apotheekbereiding van een geneesmiddel betreft waarover de Minister blijkens bijlage 1 en 3 van de Regeling zorgverzekering nog geen besluit tot opname in het verzekerde pakket heeft genomen,
- die opgenomen zijn op Bijlage 3, onderdeel B, van de Regeling zorgverzekering,
- als bedoeld in artikel 40, 3<sup>e</sup> lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet.

## Welke zorgaanbieder

U kunt voor geneesmiddelen naar een apotheek of een apotheekhoudend huisarts. Menzis heeft apotheken en apotheekhoudende huisartsen gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op [menzis.nl/zorgvinder](https://menzis.nl/zorgvinder) vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

## Recept

U heeft een recept nodig van een huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts. Of van een specialist ouderengeneeskunde als u gebruikmaakt van eerstelijnsverblijf (ELV).

## Toestemming

Voor sommige geneesmiddelen heeft u voorafgaande toestemming nodig. Welke geneesmiddelen dat zijn, vindt u in het Verzekeringsreglement in tabel 1. Uw arts kan een bij dit geneesmiddel horende artsenverklaring invullen. Hiervoor zijn speciale formulieren, die u kunt vinden op [znformulieren.nl](https://znformulieren.nl). Als u met deze artsenverklaring naar een apotheek gaat waarmee Menzis een overeenkomst heeft gesloten, beoordeelt de apotheker of u recht heeft op het geneesmiddel. U hoeft dan niet eerst aan Menzis toestemming te vragen. Gaat u voor het geneesmiddel naar een apotheek waarmee Menzis geen overeenkomst heeft gesloten, dan

moet u wel eerst toestemming vragen aan Menzis.

## Huisartsenzorg

De huisarts is het 1<sup>e</sup> aanspreekpunt als u vragen over gezondheid en ziekte heeft. Huisartsenzorg is vrij toegankelijk en persoonsgericht. In de avond, nacht, of het weekend kunt u hulp krijgen bij een huisartsenpost.

### Welke zorg

U heeft recht op :

- huisartsenzorg, behalve de griepvaccinatie,
- door de huisarts aangevraagd laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek,
- medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundige domein, waarover Menzis en de huisarts afspraken hebben gemaakt,
- zorg voor psychische klachten. De huisarts verzorgt de 1<sup>e</sup> opvang indien u psychische klachten heeft en beoordeelt of hij u zelf kan behandelen of dat u verwezen moet worden naar de generalistische basis GGZ (GBGGZ) of naar de gespecialiseerde GGZ (SGGZ),
- ketenzorg die bekostigd wordt op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Met welke huisartsen Menzis afspraken heeft gemaakt, vindt u op [menzis.nl/zorgvinder](https://menzis.nl/zorgvinder). Ketenzorg is een zorgprogramma speciaal voor mensen met diabetes type 2, COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) en VRM (Vasculair Risicomanagement) waaraan meerdere zorgaanbieders deelnemen, waardoor de zorg beter op elkaar afgestemd is. De zorg is gebaseerd op de zorgstandaard voor Diabetes type 2, COPD en VRM. U kunt kiezen of u wilt deelnemen aan ketenzorg. Meer weten over ketenzorg? Kijk voor meer informatie op [menzis.nl](https://menzis.nl),
- gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) die door het RIVM als bewezen effectief is beoordeeld en is opgenomen in het overzicht dat u kunt vinden op [Loketgezondleven.nl](https://loketgezondleven.nl), als u een matig of sterk verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico heeft (conform de zorgstandaard obesitas: BMI van 25 of hoger met verhoogd risico op een chronische aandoening of BMI hoger dan 30). Dit dient vastgesteld te zijn door een huisarts of medisch specialist. U kunt de zorgstandaard obesitas vinden op [zorginzicht.nl](https://zorginzicht.nl),
- Geneeskundige zorg voor Specifieke Patientengroepen (GZSP) verleend door een Specialist Ouderengeneeskunde of een Arts Verstandelijk Gehandicapten.

### Welke zorgaanbieder

Voor huisartsenzorg gaat u naar de huisarts. Huisartsenzorg kan ook worden verleend door een hulpverlener die onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts werkt, bijvoorbeeld een doktersassistente, nurse practitioner, praktijkondersteuner of door een zorgaanbieder waarmee Menzis afspraken heeft gemaakt over huisartsenzorg. In de avond, nacht, of in het weekend kunt u voor huisartsenzorg bij acute, spoedeisende problemen die niet kunnen wachten tot de volgende werkdag naar de huisartsenpost of naar de dienstdoende huisarts. Op een huisartsenpost werken huisartsen samen om de spoedeisende huisartsenzorg te verlenen. Vraag uw huisarts bij welke dienstdoende huisarts of huisartsenpost u terecht kunt. U vindt ook informatie op [vereniginghuisartsenposten.nl](https://vereniginghuisartsenposten.nl).

Voor door de huisarts aangevraagd laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek kunt u naar een eerstelijns diagnostisch centrum (EDC), een productiesamenwerkingsverband, een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

Voor het plaatsen van een spiraaltje (anticonceptie) kunt u zich ook wenden tot een verloskundige.



---

# 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, 2.8 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.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

## 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.



---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

## 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.

---

## 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.

#### **147. Bupropion met naltrexon**

Voorwaarde:

uitsluitend voor de behandeling van volwassenen in combinatie met een door het RIVM erkende gecombineerde leefstijlinterventie (GLI), indien de GLI niet succesvol is na 1 jaar, met:

- a. BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, of
- b. BMI 27 kg/m<sup>2</sup> tot 30 kg/m<sup>2</sup> in combinatie met een comorbiditeit ((risicofactoren voor) hart- en vaatziekte, diabetes mellitus type 2, slaapapneu en/of artrose).

De behandeling dient te worden gestaakt indien na vier maanden gebruik het aanvankelijke gewicht niet met ten minste 5% is afgenomen.

---

# 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.