

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202302758

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.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden het geneesmiddel Saxenda® te vergoeden, eventueel uit coulance. Zij heeft hiertoe aangevoerd dat zij vanwege haar bijzondere gezondheidssituatie - verzoekster is erfelijk belast met hartfalen en is rolstoelafhankelijk - niet aan de geldende voorwaarden kan voldoen. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster geen aanspraak heeft op het geneesmiddel Saxenda®, omdat zij niet aan de desbetreffende voorwaarden voldoet. Tot een coulancevergoeding ziet hij geen aanleiding.
- 1.2. De commissie overweegt dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van het geneesmiddel Saxenda® ten laste van de zorgverzekering. Uit het advies van het Zorginstituut aan de commissie blijkt dat verzoekster geen verzekeringsindicatie heeft die aanspraak geeft op dit geneesmiddel. Zo heeft verzoekster geen door het RIVM erkende Gecombineerde Leefstijl Interventie (hierna: GLI) gevolgd. Daarnaast had verzoekster op het moment van de aanvraag een BMI van 37 kg/m² en is niet gebleken dat sprake is van comorbiditeit zoals bedoeld in artikel 141 van bijlage 2 Rzv. De commissie overweegt verder dat het onder de gegeven omstandigheden weigeren van vergoeding op grond van hetgeen tussen partijen is overeengekomen niet leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Ten aanzien van de mogelijkheid van een coulancevergoeding geldt dat de beslissing daarover 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 brief van 17 januari 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 29 januari 2024 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 22 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 27 februari 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 20 maart 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024008338) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 21 maart 2024 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 april 2024 door drie leden van 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 26 april 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 20 maart 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 30 april 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Vrij (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster maakt sinds 23 maart 2023 gebruik van het geneesmiddel Saxenda®. Namens haar is op 23 mei 2023 een aanvraag ingediend voor een geneesmiddel met de werkzame stof liraglutide (Saxenda®).
- 3.3. Bij brief van 23 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor het geneesmiddel Saxenda® is afgewezen.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 14 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 20 maart 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 30 april 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 is gehouden het geneesmiddel Saxenda® te vergoeden, eventueel uit coulance.
- 4.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster een brief van haar behandelend internist endocrinoloog van 12 mei 2023 overgelegd, waarin wordt verklaard:

"(...)

Ik heb aan bovengenoemde patiënte vanuit het Erasmus MC afdeling endocrinologie liraglutide voorgeschreven.

Patiënte heeft een BMI van 37. Zij is door haar fysieke beperking rolstoelgebonden en geen kandidaat voor reguliere GLL. Daarom hebben wij haar vanuit ons centrum zelf verwezen naar de diëtiste en psycholoog alhier. Patiënte doet haar uiterste best om af te vallen, maar haar fysieke beperkingen maken dit onmogelijk.

Als zij niet afvalt, is er een grote kans op secundaire complicaties en cardiovasculair lijden.

Ik wil u daarom dringend verzoeken om liraglutide voor deze patiënte te vergoeden. (...)"

- 4.3. Verzoekster heeft bij brief van 18 augustus 2023 aan de ziektekostenverzekeraar en klachtenformulier van 27 september 2023 aangevoerd dat zij vanwege haar bijzondere gezondheidssituatie niet aan de geldende voorwaarden voor het geneesmiddel Saxenda® kan voldoen. Zij is erfelijk belast met hartfalen en is rolstoelafhankelijk. Daarom dient in haar situatie een maatwerkpakket te worden geformuleerd. De behandelend internist endocrinoloog heeft dit gedaan. Verzoekster maakt sinds 23 maart 2023 gebruik van het geneesmiddel Saxenda® en dit is succesvol gebleken. In vijf maanden tijd is haar BMI van 37 naar 31 gegaan. De behandelend internist endocrinoloog heeft geprobeerd in contact te komen met de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar om de bijzondere aanvraag toe te lichten. Hierin is zij echter niet geslaagd. In het Erasmus MC heeft verzoekster een specifiek op haar toegesneden maatwerkpakket doorlopen om toch zoveel als mogelijk, rekening houdende met haar beperkingen, aan de voorwaarden te voldoen. Verzoekster is al tweeënehalf jaar onder behandeling in het Erasmus MC en is daar ook behandeld op de afdeling Diëtiëk. Daarnaast heeft zij via het Erasmus MC een behandeling doorlopen bij het Vincent van Gogh instituut voor geestelijke gezondheid. In haar brief van 17 januari 2024 aan de commissie noemt verzoekster de houding van de ziektekostenverzekeraar rigide en beklagt zij zich over het feit dat de ziektekostenverzekeraar geen contact wilde met de behandelend medisch specialist.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster aangevoerd dat bij haar sprake is van een functiebeperking door haar lichamelijke beperking en overgewicht. Zij kan niet aan de geldende voorwaarden voldoen en voelt zich gediscrimineerd. Het gaat in haar geval niet om een gemiddelde aanvraag. Zij is onder behandeling bij een academisch ziekenhuis en is bekend met specifieke problematiek. Dit kan niet in een brief worden uitgelegd. Om de aanvraag toe te lichten, heeft de behandelend arts meerdere malen verzocht om telefonisch contact met de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Dit is steeds geweigerd. Volgens de ziektekostenverzekeraar was een schriftelijke toelichting voldoende. Uiteindelijk heeft de behandelend arts een brief geschreven, maar is de aanvraag alsnog afgewezen. De ziektekostenverzekeraar is niet in gesprek gegaan met de behandelend arts en daardoor beschikte hij niet over de volledige informatie. Zijn beslissing is niet op de juiste gronden genomen. Verzoekster heeft toegelicht dat zij voorafgaand aan het gebruik van Saxenda® een programma heeft gevolgd, bestaande uit psychische behandeling en behandeling door een diëtist. Vanwege de nasleep van de coronapandemie en de afstand tussen de instellingen en de woonplaats van verzoekster, heeft de behandeling voornamelijk op afstand plaatsgevonden. Verzoekster is driemaal in Rotterdam is geweest voor een consult bij een diëtist. Daarnaast had zij eens in de veertien dagen een telefonisch consult. Deze gesprekken hebben over een periode van zeven tot acht maanden plaatsgevonden. Omdat verzoekster al haar hele leven op dieet is, heeft het voor haar weinig zin om een jaar lang bij een diëtist onder behandeling te zijn. Op het gebied van gezond eten, valt niets te leren. Zij heeft geen probleem met eten en is inmiddels expert op het gebied van gezond eten. De diëtist heeft op enig moment aangegeven dat zij verzoekster niets meer kon bieden en daarom zijn de consulten afgerond. Dit had de behandelend arts willen toelichten. Verder is verzoekster behandeld bij het Vincent van Gogh instituut in Venray. Hier heeft zij een programma doorlopen van ongeveer negen maanden. Het grootste deel van deze behandeling vond, vanwege de reisafstand, plaats via een videoverbinding. Verzoekster is kortgeleden gestopt met het gebruik van het geneesmiddel Saxenda®. Zij had veel last van bijwerkingen. Het is haar nooit gelukt om de volledige dosering te gebruiken. Daarnaast

was het geneesmiddel erg duur. Zij heeft zelf een bedrag van ongeveer € 1.200,- voor het geneesmiddel betaald. Uiteindelijk is zij ruim twintig kilo afgevallen.

Verder heeft verzoekster verklaard familiair belast te zijn met hart- en vaatziekten. Zowel haar ouders als grootouders hebben hartoperaties gehad. Ook hierover kan de behandelend arts meer vertellen. Er bestaat een verhoogde kans op hart- en vaatziekten, maar zij wordt hier momenteel niet voor behandeld. Zij gebruikt hiervoor ook geen geneesmiddelen.

Verzoekster is per 2024 niet meer bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van het geneesmiddel Saxenda®. In zijn reactie van 22 februari 2024 aan de commissie heeft hij toegelicht dat de aanspraak op geneesmiddelen staat beschreven in het artikel 'Geneesmiddelen' op pagina 22 en verder van de voorwaarden van de zorgverzekering en in hoofdstuk 4 van het Verzekeringsreglement. Dit is gebaseerd op artikel 10 Zvw en artikel 2.8 Bzv. Voor het geneesmiddel Saxenda® heeft de overheid in artikel 141 van bijlage 2 Rzv een aantal voorwaarden bepaald. Een van de voorwaarden is dat gedurende één jaar een door het RIVM erkende GLI moet zijn gevolgd en dat verzekerde, ondanks volle inzet, niet genoeg is afgevallen. Deze voorwaarde komt uit het informatiedocument dat het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) heeft opgesteld met verwijzing naar de Zorgstandaard Obesitas 2010. Verzoekster heeft uitgelegd dat zij geen geschikte kandidaat is voor een door het RIVM erkende GLI, omdat zij rolstoelgebonden is. Zij heeft wel driemaal een consult gehad bij een diëtist en gedurende negen maanden een traject gevolgd bij het Van Gogh Instituut voor geestelijke gezondheid. Dit is echter geen door het RIVM erkende GLI (of - na aanpassing, gelet op de rolstoelafhankelijkheid van verzoekster - een daarmee vergelijkbaar GLI-traject). Erkenning door het RIVM is een absolute voorwaarde. Dergelijke GLI's zijn namelijk door het RIVM getoetst op effectiviteit. Daarbij komt dat voor vergoeding van het geneesmiddel Saxenda® geldt dat sprake moet zijn van een BMI vanaf 35 in combinatie met een hart- of vaatziekte, slaapapneu of artrose. Of een BMI van 40. Ook aan deze voorwaarden wordt in de situatie van verzoekster niet voldaan. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat alleen contact met een behandelend arts wordt gelegd als aanvullende informatie nodig is of als sprake is van onduidelijkheid. Het bezwaar van verzoekster richt zich op de voorwaarde van het GLI-traject vanwege haar rolstoelgebondenheid. Volgens de ziektekostenverzekeraar is geen aanvullende informatie nodig en is ook geen sprake van onduidelijkheid. De ziektekostenverzekeraar heeft geen reden gezien contact op te nemen met de behandelend arts.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft onderzocht of aanleiding bestaat om uit coulance te voldoen aan het verzoek van verzoekster. Hoewel de ziektekostenverzekeraar begrip heeft voor haar situatie, acht hij het niet aangewezen om uit coulance aan de absolute voorwaarde van het volgen van een door het RIVM erkende GLI voorbij te gaan, alleen omdat verzoekster stelt dat zij een dergelijk traject niet kan volgen vanwege haar rolstoelgebondenheid. De ziektekostenverzekeraar ziet daarom geen reden het coulanceverzoek te honoreren.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard begrip te hebben voor de frustratie van verzoekster. Omgaan met overgewicht is lastig en als daar meer klachten bijkomen, zoals rolstoelgebondenheid, dan is het nog lastiger. Hij heeft herhaald dat aan de vergoeding van Saxenda® bepaalde voorwaarden zijn verbonden. Uit het advies van 20 maart 2024 dat het Zorginstituut aan de commissie heeft uitgebracht, blijkt dat rolstoelgebondenheid geen reden is om geen GLI te volgen. Ook GLI's op maat zijn mogelijk. Dit heeft verzoekster niet geprobeerd. Het programma dat verzoekster wel heeft gevolgd, is niet door het RIVM erkend. De ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gekozen om niet in gesprek te gaan met de behandelend arts. Een aanvraag dient schriftelijk te worden ingediend. Daarbij heeft de aanvrager de mogelijkheid om schriftelijk een toelichting te geven. De behandelend arts heeft de mogelijkheid gehad haar visie schriftelijk naar voren te brengen. Dit is ook gebeurd. Zo is bijvoorbeeld verklaard dat een verhoogd risico op hart- en vaatziekten bestaat. Bij deze toelichting konden ook

andere zaken naar voren worden gebracht, maar dit is niet gebeurd. Op basis van de schriftelijke toelichting van de behandelend arts bestond voor de ziektekostenverzekeraar geen twijfel en was er geen reden om verder overleg te plegen met de arts.

De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard niet bereid te zijn een gesprek tussen de medisch adviseur en de behandelend arts over de vraag of verzoekster aan de voorwaarden voldoet te faciliteren. Een gesprek over wanneer sprake is van een succesvol volledig aangepast, maar wel vergelijkbaar, GLI-traject, behoort wel tot de mogelijkheden. Een dergelijk gesprek is, gelet op het feit dat verzoekster inmiddels is overgestapt naar een andere verzekeraar, niet meer van toegevoegde waarde.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 18 maart 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is farmacotherapeutisch en juridisch beoordeeld.

Verzoekster volgt geen RIVM erkende GLI. Pas nadat er één jaar een RIVM erkende GLI gevolgd is zonder voldoende resultaat kan overwogen worden om liraglutide in te zetten in combinatie met het voorzetten van de GLI. Bij navraag aan de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN) blijkt dat rolstoelafhankelijkheid geen reden is om de door het RIVM erkende GLI niet te kunnen volgen. Niet bij alle GLI-programma's wordt tijdens de lessen bewogen en daarnaast zou een betrokken fysiotherapeut een programma op maat kunnen maken.

Tevens had verzoekster een BMI van 37 kg/m² op moment van de aanvraag. Bij deze BMI geldt als voorwaarde dat liraglutide enkel in combinatie met een comorbiditeit (hart- en vaatziekte, slaapapneu en/of artrose) voor vergoeding in aanmerking komt. Uit de verklaringen van de arts blijkt echter niet of er sprake is van één van deze comorbiditeiten. Verzoekster geeft aan erfelijk belast te zijn met hartfalen. Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt echter niet dat verzoekster zelf hartfalen heeft. Verzoekster voldoet derhalve niet aan de voorwaarden zoals genoemd in bijlage 2 van de Rzv.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat verzoekster voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding van liraglutide (Saxenda®). Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van dit geneesmiddel ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft geen (verzekerings)indicatie voor liraglutide (Saxenda®)."

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.17 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' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Dit geldt ook voor de relevante bepaling

uit het Burgerlijk Wetboek (BW). Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 8.2. Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen die in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (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 op de pagina's 21 tot en met 24 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. Wat partijen verdeeld houdt, is het antwoord op de vraag of verzoekster hierop redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.3. Voor de aanspraak op het geneesmiddel Saxenda® 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 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 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. Hierin is, voor zover hier van belang, bepaald dat het geneesmiddel voor vergoeding in aanmerking komt:
"c. 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 gewichtsgerateerd gezondheidsrisico en die (nog) niet in aanmerking komen voor metabole chirurgie:
1. met een BMI groter of gelijk aan 35 kg/m² in combinatie met een comorbiditeit (hart- en vaatziekte, slaapapneu en/of artrose) óf
 2. met een BMI groter of gelijk aan 40 kg/m²".
- 8.4. In zijn advies aan de commissie van 20 maart 2024 stelt het Zorginstituut dat niet is aangetoond dat verzoekster aan de geldende voorwaarden voldoet. Zo heeft zij geen door het RIVM erkende GLI gevolgd. Het Zorginstituut heeft hierbij opgemerkt dat rolstoelafhankelijkheid geen reden is om niet een door het RIVM erkende GLI te kunnen volgen nu niet bij alle GLI-programma's tijdens de lessen wordt bewogen en daarnaast een betrokken fysiotherapeut een programma op maat zou kunnen maken. Daarnaast had verzoekster op het moment van de aanvraag een BMI van 37 kg/m². Bij een BMI groter of gelijk aan 35, maar kleiner dan 40, geldt als voorwaarde dat het geneesmiddel enkel in combinatie met een comorbiditeit (hart- en vaatziekte, slaapapneu en/of artrose) voor vergoeding in aanmerking komt. Het Zorginstituut overweegt dat uit de verklaringen van de arts niet blijkt of er sprake is van één van deze comorbiditeiten. Verzoekster geeft aan erfelijk belast te zijn met hartfalen. Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt echter niet dat verzoekster zelf hartfalen heeft. Het Zorginstituut concludeert dat verzoekster geen verzekeringsindicatie heeft voor Saxenda®. De commissie ziet geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt deze conclusie over. Dit betekent dat de aanvraag voor het geneesmiddel, op basis van de toepasselijke voorwaarden van de zorgverzekering, terecht werd afgewezen.
- Ter zitting heeft verzoekster benadrukt dat zij het onbegrijpelijk vindt dat de ziektekostenverzekeraar geen telefonisch contact heeft willen hebben met de behandelend arts. De commissie overweegt dat de behandelend arts de mogelijkheid heeft gehad de aanvraag schriftelijk (nader) te onderbouwen - en daar blijkens de brief van 17 augustus 2023 ook gebruik van heeft gemaakt - maar dit neemt niet weg dat de commissie begrip heeft voor de frustratie van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar niet is ingegaan op het verzoek van de behandelend arts om met elkaar in contact te treden. Dit leidt echter niet tot de conclusie dat de aanvraag alsnog moet worden goedgekeurd.
- 8.5. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij, gelet op haar bijzondere gezondheidssituatie, niet aan de geldende voorwaarden kan voldoen. Voor zover de stelling van verzoekster zo moet worden begrepen dat het in haar geval weigeren van vergoeding van Saxenda® op basis van hetgeen

tussen partijen is overeengekomen, onder de gegeven omstandigheden leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, zodat hierop een uitzondering moet worden gemaakt (artikel 6:248, tweede lid, BW) geldt het volgende.

- 8.6. In welke gevallen een dergelijke uitzondering aan de orde kan zijn, is door de Hoge Raad gedefinieerd in het Bosentan-arrest (ECLI:NL:HR:2014:3679). In dit arrest wordt overwogen dat de dwingendrechtelijke beperking van de dekking tot het verzekerd pakket berust op een uitdrukkelijk gemaakte afweging van de wetgever. Alleen indien sprake is van bijzondere omstandigheden die niet zijn verdisconteerd in de afweging van de wetgever, kan dit aanleiding geven tot een andere uitkomst dan waartoe strikte toepassing van de wet leidt. In dit geval heeft de wetgever de specifieke voorwaarden van artikel 141 van bijlage 2 Rzv geformuleerd, zodat moet worden aangenomen dat bedoelde afweging is gemaakt. Daarnaast is hiervoor door de commissie al geconcludeerd dat de gezondheidssituatie van verzoekster niet eraan in de weg staat dat zij een door het RIVM erkende GLI volgt, zodat niet valt in te zien waarom verzoekster niet aan die voorwaarde kan worden gehouden. Hetzelfde heeft te gelden voor de voorwaarde met betrekking tot de comorbiditeit, waarvan verzoekster ter zitting heeft verklaard dat zij een verhoogd risico heeft op hart- en vaatziekten vanwege een erfelijke belasting met hartfalen, maar dat zij hiervoor op dit moment niet wordt behandeld. Onder deze omstandigheden kan naar het oordeel van de commissie niet worden geconcludeerd dat onverkorte toepassing van de voorwaarden van de zorgverzekering leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
- 8.7. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van het geneesmiddel Saxenda®. Ten aanzien van de mogelijkheid van een vergoeding uit coulance geldt dat de beslissing daarover is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. Dit is slechts anders indien sprake zou zijn van willekeur, dat wil zeggen het verschillend behandelen van overigens gelijke gevallen. Dit laatste is echter in de procedure gesteld noch gebleken.

Slotsom

- 8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
9. **Bindend advies**
- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 mei 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

gezondheid of uw regiebehandelaar. Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg. Wel is per direct een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt nadat de acute situatie voorbij is.

De verwijzing omvat een duidelijke hulpvraag die vanuit de GGZ beantwoord kan worden, dient specifiek naar de GGZ te verwijzen en dient ten minste te vermelden wat de door de verwijzer vermoede psychische (DSM-)stoornis is en de reden voor de verwijzing. De verwijzing moet voldoen aan de 'Verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg' zoals vastgesteld door het ministerie van VWS. Dit betekent o.a. dat uw behandeling binnen 9 maanden na het afgeven van de verwijzing moet starten. Zit er meer dan 9 maanden tussen? Vraag dan een nieuwe verwijzing.

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 vindt u het aanvraagformulier.
- Wilt u het geneesmiddel esketamine neuspray (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^e 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. De nota dient alle informatie te bevatten die volgens wet- en regelgeving vereist is (met uitzondering dus van de diagnosecode). Zie 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 vergoeding van kosten van 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. 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 vergoeding van kosten van geneesmiddelen die in de apotheek zelf zijn bereid. Ook heeft u recht op vergoeding van kosten van 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^e 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 vergoeding van kosten van 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 vergoeding van kosten van 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 vergoeding van kosten van een ander geneesmiddel uit Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op 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^e 15 dagen ook zonder toestemming van Menzis recht op vergoeding van kosten van 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^e 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. 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.

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^e 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 vergoeding van kosten van 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.

i Let op

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

Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van geneesmiddelen:

- in gevallen die zijn aangegeven in de Regeling zorgverzekering,
- in geval van ziekterisico bij reizen,
- voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, 3^e 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^e lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor geneesmiddelen naar een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

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. Als u met deze artsenverklaring naar een apotheek gaat waarmee Menzis een overeenkomst heeft gesloten, beoordeelt de apotheker of u recht heeft op vergoeding van kosten van 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^e 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 vergoeding van kosten van :

- huisartsenzorg, behalve de griepvaccinatie,
- door de huisarts aangevraagd laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek,

4 Nadere Voorwaarden geneesmiddelen

Op [menzis.nl](https://www.menzis.nl) staan 4 tabellen met geneesmiddelen. Menzis stelt voor deze geneesmiddelen aanvullende voorwaarden.

Welke voorwaarden gelden er?

Welke voorwaarden gelden er voor de geneesmiddelen in tabel 1?

Voor de geneesmiddelen opgenomen in Tabel 1 gelden de volgende voorwaarden. Alleen als aan deze voorwaarden voldaan is, is er recht op vergoeding van het betreffende geneesmiddel:

- het geneesmiddel voldoet aan de voorwaarden die de Minister heeft opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering, en
- het geneesmiddel moet zijn voorgeschreven door een medisch specialist met specifieke deskundigheid voor dit geneesmiddel zoals aangegeven op de artsverklaring die van toepassing is, en
- de behandelend medisch specialist moet vooraf schriftelijke toestemming van Menzis hebben verkregen, en
- indien u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat moet Menzis in alle gevallen vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven, en
- het geneesmiddel moet op basis van de landelijke artsverklaring door de farmaceutisch zorgaanbieder ter hand worden gesteld.

Tabel 1 vindt u op [menzis.nl](https://www.menzis.nl). De artsverklaring vindt u op [znformulieren.nl](https://www.znformulieren.nl).

Welke voorwaarden gelden er voor de geneesmiddelen in tabel 2?

Voor de geneesmiddelen opgenomen in Tabel 2 geldt de volgende voorwaarde. Alleen als aan deze voorwaarde voldaan is, is er recht op vergoeding van het betreffende geneesmiddel:

- voor de terhandstelling en/of toediening van geneesmiddelen genoemd in Tabel 2 die parenteraal worden toegediend, is voorafgaande toestemming van Menzis vereist, als terhandstelling en/of toediening plaatsvindt met het oog op terhandstelling en/of toediening anders dan in een ziekenhuis.

Onder 'ziekenhuis' wordt verstaan een krachtens artikel 5 van de Wet toelating Zorginstellingen (WTZi) als algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis of academisch ziekenhuis toegelaten instelling voor medisch specialistische zorg.

Onder terhandstelling en/of toediening anders dan in een ziekenhuis wordt in ieder geval verstaan:

- terhandstelling en/of toediening bij de verzekerde thuis, bij de huisarts, of in een ZBC, en
- terhandstelling en/of toediening in een ZBC, infusiekliniek of –ziekenhuis, via een voor toediening van geneesmiddelen opgerichte organisatie.

Bij toediening anders dan in een 'ziekenhuis' wordt toestemming verleend als aan 2 voorwaarden is voldaan:

- a. dat gewaarborgd is dat het geneesmiddel op verantwoorde wijze zal worden toegediend, en

- b. dat behandeling met het geneesmiddel in een ‘ziekenhuis’ niet mogelijk is binnen een straal van 30 kilometer van de woonplaats van de verzekerde.

U kunt Tabel 2 vinden op [menzis.nl](https://www.menzis.nl).

Welke voorwaarden gelden er voor de geneesmiddelen in tabel 3?

Voor de geneesmiddelen opgenomen in Tabel 3 geldt de volgende voorwaarde:

- Menzis beschouwt de behandeling met de geneesmiddelen opgenomen in Tabel 3 als zodanig specialistisch dat terhandstelling en/of toediening altijd plaats dient te vinden in of door een ziekenhuis door of onder directe verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Terhandstelling en/of toediening anders dan in een ziekenhuis is niet toegestaan.

Onder ‘ziekenhuis’ wordt verstaan een krachtens artikel 5 van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) als algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis of academisch ziekenhuis toegelaten instelling voor medisch specialistische zorg.

Onder terhandstelling en/of toediening anders dan in een ziekenhuis wordt in ieder geval verstaan:

- terhandstelling en/of toediening bij de verzekerde thuis, bij de huisarts of in een ZBC, en
- terhandstelling en/of toediening in een ZBC, infusiekliniek of ziekenhuis, via een voor toediening van geneesmiddelen opgerichte organisatie.

Menzis koopt niet alle geneesmiddelen in alle ziekenhuizen in. Menzis volgt veelal de adviezen van een beroepsgroep van artsen als het gaat om toepassing van geneesmiddelen in een beperkt aantal ziekenhuizen of expertisecentra. Daarmee wordt de kwaliteit van zorg verhoogd.

Tabel 3 kan gedurende het jaar wijzigen. U kunt het meest recente overzicht vinden op [menzis.nl](https://www.menzis.nl).

Welke voorwaarden gelden er voor geneesmiddelen in tabel 4?

In tabel 4 staan doorgeleverde- en apotheekbereidingen, waarvan Menzis van oordeel is dat ze geen verzekerde zorg betreffen. Het betreft producten waarvan niet is aangetoond dat er sprake is van rationele farmacotherapie. Deze eis ligt aan eigen bereidingen ten grondslag volgens artikel 2.8 lid 1 van het Besluit Zorgverzekering. Omdat over deze producten veel vragen worden gesteld hebben we ze in een afzonderlijke tabel opgenomen.

Tabel 4 kan gedurende het jaar wijzigen. U kunt het meest recente overzicht vinden op [menzis.nl](https://www.menzis.nl).

4.1 Preferente geneesmiddelen

Op [menzis.nl](https://www.menzis.nl) vindt u een actueel overzicht van de werkzame stoffen waarvoor Menzis preferente geneesmiddelen heeft aangewezen en welke geneesmiddelen dat zijn. U kunt het overzicht ook opvragen door contact op te nemen met Menzis. U hebt alleen recht op vergoeding van het door ons aangewezen preferente geneesmiddel.

Tussentijdse uitbreiding

Menzis kan tussentijds in een kalenderjaar voor andere geneesmiddelen besluiten preferentiebeleid te gaan voeren, bijvoorbeeld als een geneesmiddel uit patent gaat.

Medische noodzaak

Identieke geneesmiddelen van andere leveranciers komen niet voor vergoeding in aanmerking, tenzij er volgens de behandelend arts sprake is van een medische noodzaak om u met een niet-preferent middel te behandelen. Dan wordt ook dat geneesmiddel volledig vergoed. Hiervoor dient de arts 'MN' op een recept te schrijven.

U heeft alleen recht op een spécialité (merkgeneesmiddel) als vaststaat dat u niet met één ander generieke (merkloos) geneesmiddel anders dan het preferente geneesmiddel behandeld kunt worden.

Als u een niet-preferent geneesmiddel wenst te gebruiken, zonder dat daarvoor een medische noodzaak is vastgesteld, dan moet u de volledige kosten daarvan zelf betalen.

4.2 Dieetpreparaten voor medisch gebruik

Dieetvoeding voor medisch gebruik wordt vergoed als de verzekerde recht heeft op verstrekking volgens de voorwaarden genoemd in uw Basisverzekering Menzis Basis Vrij (zie verzekeringsvoorwaarden en de voorwaarden van de artsenverklaring.)

Niet-geregistreerde allergenen worden niet vergoed tenzij na machtiging vooraf van de zorgverzekeraar. Hierbij gelden de volgende voorwaarden:

- het niet-geregistreerde allergeen mag in de handel zijn van de IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg), en
- de arts geeft een toelichting waarom verzekerde niet behandeld kan worden met een geregistreerd product, en
- de arts levert bij zijn aanvraag 2 wetenschappelijke artikelen aan waaruit de werkzaamheid van het betreffende product blijkt.

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.

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.

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 ≥ 30 kg/m², 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 ≥ 30 kg/m² bij wie de bloedglucosewaarden onvoldoende zijn gereguleerd na ≥ 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 ≥ 35 kg/m² in combinatie met een comorbiditeit (hart- en vaatziekte, slaapapneu en/of artrose) óf
 - 2°. met een BMI ≥ 40 kg/m².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.

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.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 248

1. Een overeenkomst heeft niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien.
2. Een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.

Zorgvinder', op menzis.nl/zorgvinder. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. Als u vragen heeft over de zorg, vraag dan naar de Menzis Zorgadviseur.

De inhoud en omvang van de zorg

De inhoud en omvang van de zorg in deze verzekeringsvoorwaarden worden bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk. Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven. Deze vormen van zorg zijn aangeduid als zorg zoals een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden. Hiermee wordt de soort zorg aangegeven. Of een behandeling onder een verzekerde zorgvorm valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot de aanvaarde verzameling van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven, zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen. Ook hiervoor geldt dat deze zorgvormen alleen tot de verzekerde zorg behoren voor zover ze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap', bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer. Dan geldt een iets andere regel: u bent verzekerd voor hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Indicatie en doelmatigheid

Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.

Redelijke termijn en afstand

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen een redelijke afstand van uw huisadres. Wat redelijk is, hangt af van de vorm en de urgentie van de zorg. U heeft in elk geval recht op zorg binnen de termijn die medisch gezien als maximaal aanvaardbaar wordt beschouwd.

Eigen risico

U heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. In dat geval krijgt u een korting op de premiegrondslag. Deze korting bedraagt per maand bij een eigen risico van € 100 een bedrag van € 3, bij een eigen risico van € 200 een bedrag van € 6, bij een eigen risico van € 300 een bedrag van € 9, bij een eigen risico van € 400 een bedrag van € 12, bij een eigen risico van € 500 een bedrag van € 15.

Let op

Sommige behandelingen worden gedeclareerd met een *behandelcode*, in officiële woorden heet dat: DBC-zorgproduct (diagnose behandelcombinatie), bijvoorbeeld de zorg die u in een ziekenhuis krijgt. Een DBC-zorgproduct omvat alle activiteiten en verrichtingen die het ziekenhuis en de medisch specialist uitvoeren voor diagnose en behandeling. Voor een DBC-zorgproduct declareert het