

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202402009

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster.

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 7 november 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 27 december 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 14 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 18 februari 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Op 3 april 2025 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 4 april 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.4. Bij brief van 14 april 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025004511) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 15 april 2025 aan partijen gestuurd.
- 1.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 mei 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 13 mei 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 14 april 2025 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie tevens nadere vragen gesteld. Bij brief van 10 juni 2025 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 11 juni 2025 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Van partijen heeft de commissie vervolgens geen reactie ontvangen.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend****, Aanvullend Tand** en Extra Aanvullend Sport (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 2.2. Namens verzoekster is op 3 mei 2024 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een Omnipod® insulinepomp.
- 2.3. Bij brief van 10 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 4 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Op 9 augustus 2024 heeft verzoekster hierover een klacht ingediend. Bij brief van 4 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn beslissing nader toegelicht.
- 2.5. Bij brief van 14 april 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 10 juni 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar een Omnipod® insulinepomp te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Bij klachtenformulier van 7 november 2024 heeft verzoekster toegelicht dat zij het geneesmiddel hydrocortison gebruikt vanwege een zeldzame en potentieel levensbedreigende aandoening. Dit geneesmiddel valt onder het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) en wordt vergoed vanuit de zorgverzekering. De behandeling met hydrocortison is voorgeschreven door de behandelend endocrinoloog en is noodzakelijk om een stabiele hoeveelheid cortisol in het bloed te behouden en daarmee de overlevingskansen en kwaliteit van leven van verzoekster aanzienlijk te verbeteren. Reguliere inname van hydrocortison (enteraal) is voor verzoekster geen passende behandeling. De hydrocortison dient bij haar parenteraal te worden toegediend. Parenterale toediening vermindert tevens het risico op ziekenhuisopnames en acute bijniercrises, waarmee ook langdurige, intensieve zorg kan worden voorkomen. De medische noodzaak voor continue parenterale toediening wordt onderschreven door de behandelend endocrinoloog. In dit verband heeft verzoekster een brief van haar arts van 3 juni 2024 overgelegd. Voor het parenteraal toedienen van hydrocortison heeft verzoekster een draagbaar, draadloos toedieningssysteem nodig. De Omnipod® insulinepomp biedt voor haar op dit punt uitkomst. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de Omnipod® specifiek goedgekeurd als insulinepomp en komt bij off-label gebruik dit draagbaar toedieningssysteem niet voor vergoeding in aanmerking. Toch wordt de continue toediening van hydrocortison met een toedieningssysteem vergoed vanuit de zorgverzekering als dit medisch noodzakelijk is. Dit wordt ook erkend bij andere parenterale therapieën waarbij de inzet van medische hulpmiddelen met aanpassingen niet ongebruikelijk is. Het gebruik van deze insulinepomp voor toediening van hydrocortison heeft in het buitenland reeds zijn effectiviteit bewezen bij patiënten met een vergelijkbare aandoening. Daar wordt het gebruik, mede op basis van medische studies, als een levensverbeterende behandeling erkend. Hydrocortison betreft levensreddende medicatie, continue toediening waarvan in het geval van verzoekster noodzakelijk is. Volgens de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering vallen noodzakelijke, levensreddende behandelingen met geregistreerde geneesmiddelen onder de dekking van de zorgverzekering. Het sluit aan bij de medisch aanvaardbare off-label toepassing voor zeldzame aandoeningen. Hydrocortison is als geneesmiddel geregistreerd en wordt vergoed vanuit zorgverzekering.
De combinatie van dit geneesmiddel met een draagbaar toedieningssysteem voldoet tevens aan de criteria voor noodzakelijke hulpmiddelenzorg. De Omnipod® insulinepomp voldoet aan de medische eisen en is aantoonbaar geschikt voor continue toediening van hydrocortison.

Aangezien continue infuustherapie en de Omnipod® worden vergoed bij insulinebehoefte, is het niet gerechtvaardigd om in de situatie van verzoekster geen vergoeding toe te kennen. Dit past niet bij de zorgplicht die zorgverzekeraars hebben.

Verder heeft verzoekster opgemerkt dat zij bekend is met diabetes. Zij zou de Omnipod® insulinepomp kunnen gebruiken voor de toediening van insuline. Dit bevestigt dat de Omnipod® kan worden vergoed in haar situatie. Dat de Omnipod® met hydrocortison wordt gevuld in plaats van met insuline maakt voor de functionaliteit en noodzaak niet uit en is gezien de medische achtergrond van verzoekster onontkoombaar.

- 3.3. Bij brief van 14 januari 2025 en e-mailbericht van 3 april 2025 heeft verzoekster verwezen naar verschillende wetenschappelijke artikelen. Daarnaast heeft zij opgemerkt dat behandeling met een cortisolpomp voor haar een veelbelovende optie is.

- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat zij bekend is met een zeldzame aandoening, namelijk bijnierschorsinsufficiëntie. Deze aandoening komt voor bij ongeveer 144 per miljoen inwoners in Europa en valt hiermee onder de EU-definitie van zeldzame aandoeningen. De aandoening is ook opgenomen in Ophanet als zeldzame aandoening. Verzoekster dient zichzelf dagelijks meerdere keren het geneesmiddel hydrocortison toe. Ondanks dat zij therapietrouw is, ervaart zij jaarlijks twaalf tot zeventien bijniercrises. Hierbij zijn de bijna-crisis niet meegerekend. Het herstel brengt complicaties met zich. Door de gastric bypass die verzoekster heeft moeten ondergaan, wordt orale hydrocortison minder goed opgenomen. Het geneesmiddel moet daarom continu subcutaan via een pomp worden toegediend. De Omnipod® insulinepomp bootst het natuurlijke cortisolritme na en zorgt voor een stabiele, constante afgifte van hydrocortison. Een goed gereguleerd cortisolniveau is essentieel voor de overleving van patiënten met bijnierschorsinsufficiëntie. Bij verzoekster voorkomt het niet alleen levensbedreigende bijniercrises, maar speelt het ook een directe rol in het voorkomen van hypo- én hyperglycemieën. Het gebruik van een continue subcutane pomp (CSH) maakt het mogelijk om hydrocortison gelijkmatig en afgestemd op het bioritme toe te dienen. Daarmee wordt niet alleen het aantal bijniercrises gereduceerd, maar worden ook de bloedsuikervwaarden gestabiliseerd. Deze dubbele werking onderstreept dat de toepassing van een insulinepomp in dit geval medisch en functioneel gelijkwaardig is aan de inzet ervan bij diabetespatiënten.

Hoewel artikel 2.6, onderdeel o, van de Regeling zorgverzekering expliciet spreekt over hulpmiddelen bij de behandeling van diabetes, is de achterliggende bedoeling van dit artikel de regulering van stoornissen in de bloedsuikerspiegel. Bij verzoekster ligt de oorzaak van de ontregeling van de bloedsuikerspiegel niet bij insuline, maar bij een endocriene disbalans in cortisol. De pomp dient hierbij exact hetzelfde doel, te weten het voorkomen van hypo- en hyperglycemieën. Daarmee voldoet het gebruik aan de geest én de functie van artikel 2.6, onderdeel o, van de regeling. Verzoekster heeft in dit verband opgemerkt dat het feit dat hydrocortison rechtstreeks van invloed is op de bloedsuikerspiegel voor artsen zo vanzelfsprekend is, dat het voordeel op de bloedsuikerspiegelregulatie niet expliciet is benoemd bij de aanvraag.

Daarnaast biedt artikel 2.22 van de Regeling zorgverzekering expliciet ruimte voor vergoeding van subcutane infuuspompen voor geneesmiddeltoediening in de thuissituatie. Het geneesmiddel hydrocortison staat bovendien in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem. Hoewel het gebruik van hydrocortison in een insulinepomp formeel off-label is, geldt op basis van jurisprudentie en het beoordelingskader van het Zorginstituut dat de kosten hiervan bij zeldzame aandoeningen wél kunnen worden vergoed, mits het gaat om medisch verantwoorde zorg. De Europese regelgeving, waaronder de HTA-verordening (EU 2021/2282) en Bijlage XV van Richtlijn 2001/83/EG, stelt bovendien dat bij zeldzame ziekten bewijsvorming terecht mag steunen op kleine cohorten en casuïstiek, in plaats van grootschalige randomized controlled trials. Die beperking geldt nu eenmaal bij zeldzame aandoeningen, zoals bijnierschorsinsufficiëntie. De onderzoeken naar de inzet van een insulinepomp voor de toediening van hydrocortison zijn klein, maar de effectiviteit is wel bewezen. Grote gerandomiseerde onderzoeken zijn vanwege de geringe patiëntenaantallen

niet haalbaar. De besluitvorming steunt daarom op kleinschalige cohortstudies en casuïstiek, zoals beschreven in de richtlijn voor zeldzame aandoeningen van het Zorginstituut. Weinig patiënten krijgen behandeling met een insulinepomp voorgeschreven. De uitkomsten van de onderzoeken zullen niet eenduidig zijn, omdat ieder onderzoek zich richt op een klein onderdeel. Het ene onderzoek gaat over de kosten en baten en het andere onderzoek gaat over de kwaliteit van leven. Uit alle onderzoeken tezamen blijkt echter duidelijk dat het gebruik van een insulinepomp in deze omstandigheden beter is. Verzoekster heeft hierbij opgemerkt dat de aangevraagde zorg door de behandelend artsen als medisch verantwoord wordt beschouwd. Zij onderschrijven de instabiliteit van verzoekster en de noodzaak voor deze innovatieve toedieningsvorm.

Het gebruik van de Omnipod® insulinepomp zal leiden tot een verbetering van de kwaliteit van leven. Hierdoor zal de Quality-Adjusted Life Year (QALY) stijgen naar 0,740. Verder geldt dat met de inzet van de Omnipod® insulinepomp en de verwachte stabilisatie die dit tot gevolg heeft, zorgkosten worden verminderd, namelijk met € 14.932 per jaar. Deze daling is gebaseerd op de frequentie van acute zorginterventies, minder ziekenhuisopnames, en de lagere noodzaak voor ambulancevervoer en telefonische consulten. De berekeningen en bevindingen worden ondersteund door de Europese HTA-verordening (EU 2021/2282).

In de officiële bijsluiter van het College ter Beoordeling van geneesmiddelen (CBG) staat onder het kopje "*Houdbaarheid na reconstitutie*" dat oplossingen die met water voor injectie zijn aangemaakt zo snel mogelijk moeten worden gebruikt om de steriliteit te behouden. Er wordt geen specifieke tijdsduur genoemd. Dit betekent dat een veilige toepassing afhankelijk is van correcte hantering. Wat wél in de bijsluiter wordt genoemd, is dat door verdunning verkregen infuusoplossingen bij kamertemperatuur ten minste 4 uur stabiel zijn. Dit is bij de inzet van de Omnipod® insulinepomp voor de toediening van hydrocortison niet van toepassing. In een pomp wordt hydrocortison alleen met water voor injectie aangemaakt, zonder infuusverdunning. De steriliteit wordt in de pomp bovendien gewaarborgd door correct gebruik van de materialen, zoals aangeleerd door de fabrikant.

In andere landen wordt dit systeem inmiddels succesvol toegepast bij patiënten die instabiel blijven op tabletten of injecties. Het gebruik van de pomp bij deze patiënten heeft geleid tot een daling van het aantal crises naar gemiddeld één per persoon per jaar, meer dan 50% minder ziekenhuisopnames, verbeterde kwaliteit van leven en een langere dagelijkse dosering hydrocortison. In Duitsland en het Verenigd Koninkrijk is vastgelegd dat de gereconstitueerde hydrocortisonoplossing veilig gedurende 24-72 uur kan worden gebruikt in een pomp. Diezelfde termijn wordt in de praktijk aangehouden voor insuline in een Omnipod® insulinepomp, wat laat zien dat ook hydrocortison op verantwoorde wijze op deze manier kan worden toegediend.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij de aanvraag voor een Omnipod® insulinepomp voor continue toediening van hydrocortison terecht heeft geweigerd. Hij heeft hiertoe in zijn brief van 14 februari 2025 toegelicht dat hij begrip heeft voor de wens van verzoekster om gebruik te kunnen maken van dit hulpmiddel. Ook betwist hij niet dat verzoekster baat heeft bij continue toediening van hydrocortison. Dat alles maakt echter nog niet dat sprake is van verzekerde zorg. De Zorgverzekeringswet schrijft dwingendrechtelijk voor welke zorgvormen in aanmerking komen voor vergoeding. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar uitsluitend zorg ten laste van de zorgverzekering mag vergoeden die behoort tot het verzekerde pakket op grond van de Zorgverzekeringswet.

Insulinepompen, zoals de Omnipod®, horen op basis van de afbakeningscriteria thuis onder de te verzekeren prestatie medisch specialistische zorg. Het betreft een hulpmiddel waarbij een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg door het ziekenhuis nodig kan zijn en geen overdracht naar de eerste lijn plaatsvindt. In het kader van de vereenvoudiging van de aanspraak op diabetes hulpmiddelen kunnen insulinepompen voor diabetespatiënten echter wel worden vergoed vanuit de hulpmiddelenzorg. Hierbij wordt dus een uitzondering gemaakt op de bestaande

afbakeningscriteria. Het gebruik van een insulinepomp en infusiesets voor toediening van hydrocortison valt niet onder de uitzondering van artikel 2.6, onderdeel o, van de Regeling zorgverzekering en is daarom geen hulpmiddelenzorg, maar medisch specialistische zorg.

- 4.2. Verder geldt dat zorg uitsluitend ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed als sprake is van zorg die voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Het antwoord op de vraag of een zorgvorm behoort tot de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ is volgens het Zorginstituut en de Hoge Raad afhankelijk van de kwaliteit van het beschikbare wetenschappelijke bewijs dat de interventie bij patiënten met de betreffende indicatie(s) effectief is, dat wil zeggen: in voldoende mate gezondheidswinst oplevert boven en over de tot dan toe als effectief geziene behandelingen. Zorg behoort tot de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ als (a) er wetenschappelijk bewijs is van hoge kwaliteit op cruciale of belangrijke uitkomsten, of (b) wetenschappelijk bewijs is van middelmatige of lage kwaliteit voor een positief effect op cruciale of belangrijke uitkomsten, mits (i) er overtuigende redenen zijn om aan te nemen dat verder onderzoek de kwaliteit van het bewijs naar de effectiviteit van de interventie zou kunnen verhogen, zeer waarschijnlijk niet zal (kunnen) plaatsvinden, en (ii) professionals deugdelijk en overtuigend hebben onderbouwd waarom zij, ondanks de middelmatige of lage kwaliteit van het bewijs, de interventie toch bij (een) bepaalde indicatie(s) als een effectieve behandelmethode beschouwen, en (iii) deze opvatting stoelt op brede consensus binnen en tussen de relevante beroepsgroep(en) en in een publicatie van de wetenschappelijke vereniging(en) is geformaliseerd, bijvoorbeeld in een richtlijn of consensusdocument.

Zorg behoort niet tot de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ als (a) er bewijs is van middelmatige of lage kwaliteit voor een positief effect, terwijl (i) nader onderzoek (van betere kwaliteit) wel nog mogelijk en/of wenselijk is, en/of (ii) door professionals niet deugdelijk en overtuigend is onderbouwd waarom een bepaalde interventie voor een bepaalde indicatie toch meerwaarde heeft, en/of (iii) dit bewijs van middelmatige of lage kwaliteit niet wordt ondersteund door een op schrift gestelde brede consensus binnen en tussen de relevante beroepsgroep(en), of (b) er slechts bewijs is van zeer lage kwaliteit op cruciale of belangrijke uitkomstmaten, of (c) geen enkel wetenschappelijk bewijs is voor effectiviteit van de betreffende zorgvorm. De door verzoekster aangedragen wetenschappelijke literatuur is van onvoldoende kwaliteit, omdat deze onderzoeken daarvoor te kleinschalig zijn in onderzoeksgroep en tijdsduur. Het gaat in de aangehaalde onderzoeken om onderzoekspopulaties van 6 (2x), 7, 20 en 22 patiënten. De onderzoeken met de grootste onderzoeksgroepen duurden bovendien slechts 6 weken. In het ‘PULSES-trial’ onderzoek uit 2021 wordt gesproken over een stap in de goede richting, maar dat verder onderzoek nodig is. Er is aldus alleen bewijs van middelmatige of lage kwaliteit voor een positief effect, terwijl nader onderzoek wel mogelijk en wenselijk is.

- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij niet betwist dat verzoekster een medische indicatie heeft voor het gebruik van de Omnipod® insulinepomp. Dit betekent echter niet dat de kosten hiervan ook moeten worden vergoed. Hiervoor gelden strenge voorwaarden waaraan de ziektekostenverzekeraar zich moet houden. Een belangrijke voorwaarde is dat zorg die wordt vergoed vanuit het basispakket voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en dit is tussen partijen in geschil. Volgens verzoekster blijkt uit de door haar aangedragen onderzoeken dat de aangevraagde zorg voldoet aan genoemd criterium. Daarentegen concludeert de ziektekostenverzekeraar juist dat dit niet eenduidig uit de onderzoeken naar voren komt. De Omnipod® insulinepomp kan daarom niet worden vergoed. Daar komt bij dat de Omnipod® insulinepomp niet is getest op gebruik van het geneesmiddel hydrocortison. Er is getest op kortwerkende insuline.

De ziektekostenverzekeraar heeft zich niet op het standpunt gesteld dat het geneesmiddel maar vier uur houdbaar is. Het is aan het Zorginstituut om hierop te reageren. Verder geldt dat de Omnipod® insulinepomp niet als diabetes hulpmiddel kan worden vergoed. Verzoekster heeft de Omnipod® insulinepomp aangevraagd vanwege haar bijnierschorsafwijking. Er moeten extra hormonen worden toegediend. Dat de bloedsuikerspiegel door de behandeling onder controle

blijft is een bijeffect en vormt niet de reden voor de aanvraag. Het gaat bij de beoordeling om de primaire indicatie.

Verzoekster heeft een zeldzame aandoening. Echter, deze aandoening is niet zo zeldzaam dat geen onderzoek hiernaar mogelijk is. Dit blijkt ook uit de studies waarnaar verzoekster heeft verwezen. De opzet van deze studies is verschillend en de uitkomsten zijn niet eenduidig genoeg. Er moet aanvullend onderzoek worden gedaan om de effectiviteit te bewijzen. Randomized controlled trials (RCT's) zijn niet altijd noodzakelijk om te kunnen spreken van zorg die voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Een RCT geeft weliswaar het beste en het meest hoogwaardige bewijs, maar de effectiviteit kan ook worden aangetoond op basis van lager bewijs. Daaraan zijn dan wel extra voorwaarden verbonden, waaraan in dit geval niet is voldaan. Er is geen brede consensus over deze behandeling en een voldoende onderbouwing ontbreekt.

De ziektekostenverzekeraar heeft een coulancevergoeding overwogen. Hiervoor is echter niet gekozen vanwege de uitstraling naar andere verzekerden die off-label gebruik maken van hulpmiddelen. Ten aanzien van de gestelde besparing op andere zorgkosten geldt dat uit de onderzoeken niet blijkt dat het gebruik van de insulinepomp zorgt voor minder zorgkosten. Dit wordt ook benoemd door het Zorginstituut. Verder spelen kosten en baten pas een rol aan het einde van de beoordeling. Nadat eerst is vastgesteld dat sprake is van verzekerde zorg, wordt gekeken naar doelmatigheid. Er wordt in dit geval niet toegekomen aan een doelmatigheidstoets, omdat geen sprake is van verzekerde zorg.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 14 april 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is farmacotherapeutisch en juridisch beoordeeld.

De vraag in geschil is of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van de aangevraagde Omnipod® insulinepomp ten laste van de basisverzekering.

De behandelend internist-endocrinoloog van verzoekster geeft in de brieven van 3 mei 2024 en 3 juni 2024 aan dat verzoekster een medische indicatie heeft voor subcutane toediening van hydrocortison in verband met slechte opname van tabletten hydrocortison vanwege haar status na gastric bypass. Daarnaast heeft verzekerde publicaties en aanvullende literatuur aangeleverd om de effectiviteit van de insulinepomp aan te tonen voor patiënten met bijnierschorsinsufficiëntie.

Overwegingen Zorginstituut

Artikel 2.6, onderdeel o, van de Rzv

Zoals in het juridisch kader is uiteengezet, is de aanspraak op ‘uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen bij de behandeling van diabetes’ geregeld in artikel 2.6, onderdeel o, van de Rzv.

Hierin is expliciet benoemd dat het insulinepompen betreft bij de behandeling van diabetes.

Uit het dossier blijkt dat verzoekster naast bijnierschorsinsufficiëntie ook diabetes heeft. De Omnipod® insulinepomp is aangevraagd voor subcutane toediening van hydrocortison bij status na gastric bypass en is niet aangevraagd voor de behandeling van diabetes, zoals is bedoeld in de regelgeving. Verzoekster kan daarom niet in aanmerking komen voor vergoeding van de insulinepomp op grond van artikel 2.6, onderdeel o, van de Rzv.

Artikel 2.22 van de Rzv

Draagbare uitwendige infuuspompen kunnen voor vergoeding in aanmerking komen vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg als sprake is van continue parenterale toediening in de thuissituatie van een geneesmiddel dat valt onder de farmaceutische zorg. Daarnaast geldt dat het geneesmiddel, in dit geval hydrocortison, met deze draagbare uitwendige infuuspompen toegediend moet kunnen worden. Insuline is uitgezonderd in artikel 2.22 van de Rzv.

Uit het dossier blijkt dat de aandoening van verzoekster (bijnierschorsinsufficiëntie) onvoldoende onder controle is met orale suppletie van hydrocortison. Solu-Cortef® (hydrocortison) betreft een poeder voor injectievloeistof met als werkzame stof hydrocortisonnatriumsuccinaat 127,6 mg/flacon, overeenkomend met 100 mg hydrocortison per flacon. Dit geneesmiddel wordt vergoed vanuit het GVS onder andere als noodbehandeling bij primaire en secundaire bijnierschorsinsufficiëntie. Verzoekster heeft daarmee een medische indicatie om aanspraak te maken op Solu-Cortef®

De insulinepomp is alleen onderzocht en veilig bevonden voor de toediening van specifieke kortwerkende insulines. Een aantal combinatiepreparaten met kortwerkend en langwerkend insuline zijn compatibel met de insulinepomp, maar door onvoldoende gegevens over de veiligheid en het gebruik van deze preparaten in de pomp, stelt de fabrikant dat deze preparaten alleen kortdurend (maximaal 72 uur) in de pomp gebruikt kunnen worden. Het gebruik van de insulinepomp voor andere geneesmiddelen is niet getest door de fabrikant en wordt daarom niet aanbevolen.

Studies naar toediening hydrocortison in een insulinepomp

Verzoekster haalt in het dossier een aantal studies aan waarin het gebruik van hydrocortison in een insulinepomp wordt onderzocht.

Het Zorginstituut merkt hier het volgende over op.

Samenvattend laten deze studies op korte termijn een stabilisatie zien van de cortisolspiegels. Daarentegen wisselen de resultaten voor wat betreft symptoombestrijding en ziekenhuisopnames. Daarnaast gaat het om hele kleine studies, waardoor het bewijzen van een statistisch significant, dan wel klinisch relevant effect zeer uitdagend is. Verder verschilt de studieopzet van de verschillende studies, worden er verschillende insulinepompen gebruikt, of er worden voor hydrocortison ontwikkelde infuuspompen gebruikt.

Er zijn aanwijzingen dat de continue toediening van hydrocortison middels een pompsysteem mogelijk tot een verbeterde behandeling van de bijnierschorsinsufficiëntie kan leiden door een gestabiliseerde cortisolspiegel. Echter, de resultaten voor symptoombestrijding en ziekenhuisopnames laten een wisselend beeld zien.

Hierdoor is er onvoldoende bewijs van goede kwaliteit om een uitspraak te kunnen doen of de toediening van hydrocortison via een insulinepomp voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

Houdbaarheid hydrocortison injectievloeistof

Verder is de houdbaarheid van de klaargemaakte infusie van Solu-Cortef® een extra punt van aandacht als de vloeistof gebruikt zou worden in de insulinepomp.

In de studies die zijn uitgevoerd en de landen waarin de hydrocortison injectievloeistof op individueel niveau wel eens worden toegediend via een insulinepomp, wordt de vloeistof eens per 24 tot 72 uur vervangen. Dit is in lijn met de geneesmiddelenbijsluiter van Solu-Cortef® voor die

landen specifiek. In de geneesmiddelenbijsluiter van Solu-Cortef® voor Nederland wordt aangegeven dat de klaargemaakte vloeistof maximaal vier uur houdbaar is. Het is om praktische redenen niet haalbaar om de vloeistof in de insulinepomp iedere vier uur te vervangen. Daarnaast is het onbekend wat de gevolgen zijn van het 4-uurs tijdsinterval op de effectiviteit van de continue toediening aangezien deze dan regelmatig onderbroken wordt.

Medisch-specialistische zorg

Zoals hierboven aangegeven is er onvoldoende bewijs van goede kwaliteit om een uitspraak te doen of de toediening van hydrocortison via een insulinepomp voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’. Dit betekent dat ook niet geconcludeerd kan worden dat verzoekster aanspraak kan maken op de aangevraagde insulinepomp vanuit de aanspraak medisch-specialistische zorg.

Conclusie

Uit het voorliggende dossier kan geconcludeerd worden dat verzoekster geen aanspraak kan maken op vergoeding van de aangevraagde insulinepomp op grond van artikel 2.6, onderdeel o, van de Rzv, omdat de insulinepomp niet is bedoeld voor de behandeling van de diabetes.

Ook blijkt uit het voorliggende dossier niet dat verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van de aangevraagde insulinepomp op grond van artikel 2.22 van de Rzv. Er kan geconcludeerd worden dat hydrocortison injectievloeistof afzonderlijk verzekerde zorg is, maar dat het bewijs van onvoldoende goede kwaliteit is om een uitspraak te doen of de toediening van hydrocortison via een insulinepomp voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’. Daarnaast is het gebruik van de hydrocortison injectievloeistof voor maximaal vier uur houdbaar en is het in verband met praktische redenen niet haalbaar om de hydrocortison vloeistof in de insulinepomp iedere vier uur te vervangen.

Omdat er onvoldoende bewijs van goede kwaliteit is om uitspraak te doen of de toediening van hydrocortison via een insulinepomp voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’, kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster aanspraak kan maken op de aangevraagde insulinepomp vanuit de aanspraak medisch-specialistische zorg.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van de aangevraagde insulinepomp ten laste van de basisverzekering.”

- 5.2. In het definitief advies van 10 juni 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

In geschil is de vraag of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van de aangevraagde Omnipod® insulinepomp ten laste van de basisverzekering.

De geschillencommissie van de SKGZ verzoekt het Zorginstituut bij het definitief advies in te gaan op de volgende punten.

Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat uit de bijsluiter van het geneesmiddel hydrocortison blijkt dat de houdbaarheid van vier uur enkel geldt bij een infuusverdunding en dat in haar situatie sprake is van een verdunding met water met een langere houdbaarheid, kan het Zorginstituut het volgende zeggen.

In de bijsluiter van het geneesmiddel hydrocortison in andere landen is de houdbaarheid van de gereconstitueerde oplossing 24-72 uur. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen een verdunning met water voor injectie of infusievloeistof. Op basis van de samenstelling van water voor injecties en infusievloeistof valt tevens niet te verwachten dat er een verschil in houdbaarheid bestaat. Het Zorginstituut acht het daarom niet aannemelijk dat de oplossing met infusievloeistof korter houdbaar is dan de oplossing die verdund zou zijn met water voor injecties.

Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat als alle studies tezamen en in onderling verband worden bekeken sprake is van zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, mede gelet op de kleine patiëntengroep met een zeldzame aandoening, zoals in haar situatie, merkt het Zorginstituut het volgende op.

Zoals ook in het voorlopig advies is aangegeven, zijn er aanwijzingen dat de continue toediening van hydrocortison middels een pompsysteem mogelijk kan leiden tot een gestabiliseerde cortisolspiegel, maar de resultaten wat betreft symptoombestrijding en ziekenhuisopnames laten een wisselend beeld zien. Het bewijs wijst niet allemaal dezelfde kant op en ook verschillen de pompsystemen die zijn gebruikt in de studies. Er kan dan ook geconcludeerd worden dat er onvoldoende bewijs is om te kunnen spreken van zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat sprake is van een hulpmiddel in de zin van artikel 2.6, onderdeel o, van de Rzv, omdat de toediening van hydrocortisol ook het doel heeft om de bloedsuikerspiegel te reguleren, kan het Zorginstituut het volgende zeggen.

‘Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen bij de behandeling van diabetes’ zijn, zoals blijkt uit de wettekst van artikel 2.6, onderdeel o, van de Rzv, beperkt tot de behandeling van diabetes.

Uit de voorliggende informatie in het dossier en het verslag van de hoorzitting, kan niet opgemaakt worden dat de regulering van de bloedsuikerspiegel het primaire doel van de behandeling is. Op theoretische gronden is te verwachten dat de bloedsuikerspiegel gereguleerd wordt als bijeffect van een gestabiliseerde cortisolspiegel. Vanuit farmacologisch oogpunt kan echter in ieder geval niet gesteld worden dat het stabiliseren van de cortisolspiegel en het stabiliseren van de suikerspiegel hetzelfde zijn.

Conclusie

Uit de beschikbare informatie in het dossier en het verslag van de hoorzitting kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van de aangevraagde insulinepomp op grond van artikel 2.6, onderdeel o, van de Rzv, omdat de insulinepomp niet is bedoeld voor de behandeling van de diabetes. Er is bovendien onvoldoende bewijs dat toediening van hydrocortison injectievloeistof via een insulinepomp voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Advies

Op basis van de voorliggende informatie adviseert het Zorginstituut dat verzoekster geen aanspraak kan maken op vergoeding van de aangevraagde insulinepomp ten laste van de basisverzekering.”

6. Bevoegdheid van de commissie

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

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg, hulpmiddelenzorg, en de 'stand van de wetenschap en praktijk' 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.
- 7.2. Zoals door de ziektekostenverzekeraar is toegelicht, behoren insulinepompen, zoals de Omnipod®, op basis van de afbakeningscriteria in beginsel thuis onder de te verzekeren prestatie medisch specialistische zorg. Voor het gebruik van insulinepompen bij de behandeling van diabetes is evenwel een uitzondering gemaakt. In dat geval vindt vergoeding plaats in het kader van hulpmiddelenzorg.
- 7.3. Hulpmiddelenzorg is geregeld in artikel B.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering en nader uitgewerkt in het Reglement Hulpmiddelen 2024 (hierna: het reglement) van de ziektekostenverzekeraar.
Op grond van artikel 2.6, onderdeel o, Rzv bestaat aanspraak op uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen test strips en insulinepompen bij de behandeling van diabetes. Deze aanspraak is uitgewerkt in artikel 4.13 van het reglement.
In de situatie van verzoekster is de insulinepomp niet aangevraagd om stoornissen in de bloedsuikerspiegel te reguleren, maar vanwege de continue toediening van hydrocortison bij status na een gastric bypass. Deze toepassing valt niet onder artikel 2.6, onderdeel o, Rzv en is daartoe beperkt. Om die reden bestaat op een insulinepomp vanuit de hulpmiddelenzorg geen aanspraak.
De stelling van verzoekster dat zij ook kampt met diabetes en dat de toediening van hydrocortisol mede tot doel heeft om de bloedsuikerspiegel te reguleren (het voorkomen van hypo- en hyperglycemieën), maakt dit niet anders. In dit verband heeft het Zorginstituut bij definitief advies van 10 juni 2025 opgemerkt dat uit de beschikbare informatie niet kan worden opgemaakt dat de regulering van de bloedsuikerspiegel het primaire doel van de behandeling is. Op theoretische gronden is te verwachten dat de bloedsuikerspiegel gereguleerd wordt als bijeffect van een gestabiliseerde cortisolspiegel. Vanuit farmacologisch oogpunt kan echter in ieder geval niet worden gesteld dat het stabiliseren van de cortisolspiegel en het stabiliseren van de bloedsuikerspiegel hetzelfde zijn, aldus het Zorginstituut. De commissie volgt het Zorginstituut hierin.
- 7.4. Op grond van artikel 2.6, onderdeel p, Rzv bestaat aanspraak op draagbare, uitwendige infuuspompen als omschreven in artikel 2.22. In artikel 2.22 Rzv is bepaald dat hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel p, Rzv, draagbare, uitwendige infuuspompen met toebehoren omvatten, indien sprake is van continue parenterale toediening in de thuissituatie van een geneesmiddel dat valt onder de farmaceutische zorg, bedoeld in artikel 2.8 van het Bzv, met uitzondering van insuline. Deze aanspraak is nader uitwerkt in artikel 4.17 van het reglement.

- 7.5. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster aanspraak heeft op het geneesmiddel hydrocortison ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft als meest vérgaande stelling naar voren gebracht dat de inzet van een insulinepomp vanwege bijnierschorsinsufficiëntie niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Verzoekster heeft in dit verband aangevoerd dat grote gerandomiseerde onderzoeken niet haalbaar zijn vanwege de geringe patiëntenaantallen. Volgens haar voldoet de zorg aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ als alle studies tezamen en in onderling verband worden bekeken. Verzoekster heeft in dit verband onder meer verwezen naar de HTA-verordening (EU 2021/2282) en Bijlage XV van de Richtlijn 2001/83/EG. De commissie overweegt daaromtrent als volgt.
- 7.6. Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie in bepaalde gevallen advies moet vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft ook de wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen, en kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport ‘Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023’ van 11 april 2023 (hierna: het rapport) is zo’n richtlijn. Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Overigens betekent dit niet dat de praktijk bepaalt of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs (‘evidence’) ontbreekt.
- 7.7. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ worden de principes van evidence-based medicine (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) methode. De kern van GRADE is dat op systematische wijze gezochte en geselecteerde evidence op een transparante en gestructureerde manier wordt beoordeeld. Hierbij worden eventuele onzekerheden in kaart gebracht en samen met contextuele factoren gewogen. Die factoren kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de vraag wat als passend onderzoek kan worden beschouwd. Het kan ook gaan om medische aspecten. Of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ hangt dus niet uitsluitend af van een hoge kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs. Er kunnen argumenten zijn op grond waarvan met een lagere kwaliteit van bewijs genoeg kan of moet worden genomen. Zoals blijkt uit het rapport, vindt de beoordeling in vijf stappen plaats:
- (1) formuleren plaatsbepaling, claim en vraagstelling aan de hand van PICO(ts)-vragen;
 - (2) systematische literatuursearch;
 - (3) samenvatten van de evidence;
 - (4) beoordelen van de kwaliteit van bewijs, en
 - (5) van evidence naar conclusie, waarbij de kwaliteit van bewijs en de contextuele factoren worden gewogen.
- Uit een arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) blijkt dat de door het Zorginstituut ontwikkelde beoordeling, die in het meest recente rapport (van 11 april 2023) verder is uitgewerkt, moet worden geacht in overeenstemming te zijn met de bedoeling van de wetgever.
- 7.8. In het voorlopig advies van 14 april 2025 concludeert het Zorginstituut, mede naar aanleiding van de door verzoekster overgelegde publicaties, dat deze studies op korte termijn een stabilisatie laten zien van de cortisolspiegels. Daarentegen wisselen de resultaten wat betreft symptoombestrijding en ziekenhuisopnames. Daarnaast gaat het om hele kleine studies, waardoor het bewijzen van een statistisch significant, dan wel klinisch relevant effect, zeer uitdagend is. Verder verschilt de studieopzet van de verschillende studies, worden er

verschillende insulinepompen gebruikt, of er worden voor hydrocortison ontwikkelde infuuspompen gebruikt.

Er zijn weliswaar aanwijzingen dat de continue toediening van hydrocortison middels een pompsysteem mogelijk tot een verbeterde behandeling van de bijnierschorsinsufficiëntie kan leiden door een gestabiliseerde cortisolspiegel. Echter, de resultaten voor symptoombestrijding en ziekenhuisopnames laten een wisselend beeld zien. Hierdoor is er onvoldoende bewijs van goede kwaliteit om een uitspraak te kunnen doen of de toediening van hydrocortison via een insulinepomp voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Hierdoor is ook geen vergoeding mogelijk in het kader van medisch specialistische zorg. Bij definitief advies van 10 juni 2025 heeft het Zorginstituut dit laatste bevestigd.

- 7.9. De commissie heeft begrip voor de wens van verzoekster een insulinepomp te gebruiken voor de behandeling van haar aandoening. Zij ziet echter in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, waaronder haar stellingen dat sprake is van een zeldzame aandoening en dat het systeem in andere landen succesvol wordt toegepast, geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Dit geldt eveneens voor de stelling van verzoekster dat de inzet van de Omnipod® insulinepomp zal leiden tot lagere kosten en een verbetering van de kwaliteit van leven. Nu niet is voldaan aan de 'stand van de wetenschap en praktijk', is geen sprake van verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering. De verwijzing van verzoekster naar de op de ziektekostenverzekeraar rustende zorgplicht treft geen doel, aangezien de zorgplicht alleen betrekking heeft op de verzekerde zorg en andere diensten, en hiervan geen sprake is.

Slotsom

- 7.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 augustus 2025,

A. de Ruijter

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Artikel 64

1. Het Zorginstituut bevordert de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11.
2. Het Zorginstituut kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven.

Artikel 114

1. De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat zijn verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie.
2. De onafhankelijke instantie neemt een geschil slechts in behandeling nadat de verzekeringnemer of de verzekerde de zorgverzekeraar heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen, en deze niet binnen redelijke termijn of niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of verzekerde heeft gereageerd.
3. De onafhankelijke instantie vraagt advies aan het Zorginstituut indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten.
4. Het Zorginstituut zendt zijn advies binnen vier weken na ontvangst van de adviesaanvraag aan de onafhankelijke instantie.

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 2.9

1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:
 - a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
 - b. vergoeding van bij die regeling aangewezen kosten in verband met thuisdialyse.
2. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

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.

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 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- (...)
- o. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen bij de behandeling van diabetes;
- (...)

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

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

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

Onverzekerde zorg komt nooit voor vergoeding in aanmerking.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

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

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

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

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

1.3 Samenwerking met gemeenten

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

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

2.1 Recht op zorg

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

- verzekeringplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- verzekeringplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk '[B. Verzekerde zorg basisverzekeringen](#)' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

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

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Jaarlijks wordt u (verzekeringnemer) door ons geïnformeerd over de wijzigingen in de verzekering en de nieuwe premie (voor u en uw medeverzekerden). U ontvangt hiervoor een (gezins)polisblad. Daarnaast stellen wij jaarlijks de polisbladen beschikbaar via Mijn Zilveren Kruis. Klanten met voorkeur voor postale communicatie ontvangen een nieuw polisblad wanneer er wijzigingen in de polis worden doorgegeven. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

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

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

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Hulpmiddelen

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

B.3 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

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

Voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

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

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

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

B.4 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

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

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

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Het eerstelijns verblijf telt mee bij het berekenen van de maximale totale verblijfsduur van 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a. (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- b. verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

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

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf

1. Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet u of uw zorgverlener gebruik maken van het formulier "Machtigingsformulier ELV niet-gecontracteerde zorgaanbieders" welke te vinden is op onze website.
2. Bij de aanvraag voor de toestemming moet u of uw zorgverlener de verwijzing van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist bijvoegen. In deze verwijzing moet de zorgvraag en relevante co-morbiditeit vermeld worden. Uit de onderbouwing moet blijken of het om ELV-laag, -hoog of -palliatief gaat. Tevens moet in de verwijzing worden onderbouwd dat u naar verwachting na de opname weer terug naar de thuissituatie kunt. Dit laatste geldt niet bij palliatief terminale zorg. Als wij de aanvraag hebben ontvangen dan beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en uw zorgverlener ontvangen van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.
3. U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.

B.28 Medisch specialistische zorg en verblijf

U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

- a. een ziekenhuis;
- b. een zelfstandig behandelcentrum of
- c. de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist), als deze medisch specialist over een AGB-code beschikt. Dit kunt u vinden via agbcode.nl. Wanneer een extramuraal werkend specialist niet door ons wordt gecontracteerd, vindt vergoeding op dezelfde wijze plaats als voor niet-gecontracteerde zelfstandige behandelcentra.

De zorg bestaat uit:

- a. medisch-specialistische zorg;
- b. uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, SEH arts, arts-assistent, klinisch technolog, verloskundige (als het om verloskundige zorg gaat of als het gaat om een verwijzing naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen na de bevalling), optometrist (alleen als het om oogzorg gaat), orthoptist (alleen als het om oogzorg gaat), kaakchirurg, een tandarts (alleen als het om dermatologie, neurologie, anesthesiologie of KNO gaat), GGD-arts (bij TBC of SOA) of een andere medisch specialist.
2. Naar een KNO-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien of door een klinisch fysicus audioloog.
3. Naar een kinderarts mag u ook zijn doorverwezen door het RIVM wanneer er sprake is van een positieve/afwijkende hieprikscreening bij een pasgeborene.
4. Woont u in een verpleeghuis? En heeft u geen eigen huisarts? Dan mag een basisarts welke werkzaam is in uw verpleeghuis u doorverwijzen.
5. De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
6. Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen recht op deze zorg als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
7. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.
8. Ondergaat u een polysomnografie (een uitgebreide slaapregistratietest waarin de kwaliteit van uw ademhaling en slaap wordt gemeten) bij een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde polysomnografie' welke te vinden is op onze website.

Let op!

In de volgende artikelen van B. Verzekerde zorg basisverzekeringen zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt.

Het gaat om de volgende artikelen:

- Artikel B.8 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie
- Artikel B.13 Audiologisch centrum
- Artikel B.15 Geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder (tweedelijns GGZ)
- Artikel B.19 Erfelijksonderzoek en - advisering
- Artikel B.20 Mechanische beademing
- Artikel B.21 Thuisdialyse
- Artikel B.22 Transplantatie van organen en weefsels
- Artikel B.23 Plastische chirurgie
- Artikel B.24 Revalidatie
- Artikel B.30 Bevallings- en verloskundige zorg
- Artikel B.31 In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricificatie
- Artikel B.33 Oncologieonderzoek bij kinderen
- Artikel B.41 Trombosedienst

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. medisch specialistische zorg en/of verblijf, zoals in dit artikel beschreven, als u in een privékliniek wordt behandeld;
- b. behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- c. behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- d. behandelingen met sterilisatie als doel;
- e. behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- f. behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke GGZ zorg u recht heeft? Lees dan artikel B.15.

Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a. verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- b. verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis;
- c. eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

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

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op.

De lijsten met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op!

Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel A.4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering (Basis Budget).

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op.

B.29 Overnachting in nabijheid ziekenhuis bij CAR T-celtherapie

Ondergaat u CAR T-celtherapie en kunt u niet binnen 60 minuten in het expertziekenhuis zijn waar u behandeld wordt? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van overnachting in de buurt van het expertziekenhuis. U krijgt hiervoor een vergoeding van maximaal € 89,- per nacht.

Compressieapparatuur

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Bruikleen of eigendom	In bruikleen: • compressie-apparatuur • elektrisch aangedreven aantrek hulpen In eigendom: • therapeutische elastische kousen • manchetten bij compressieapparatuur	In eigendom
Toestemming nodig?	Ja, voor compressieapparatuur moet u de aanvraag en motivatie van de voorschrijver bij ons indienen. Dit kan de leverancier ook namens u doen. Ja, voor de elektrisch aangedreven aan/ uittrek hulpen moet de leverancier de aanvraag, de motivatie van de voorschrijver, het protocol en de offerte bij ons indienen. Nee, voor elastische kousen met toebehoren kunt u direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. Hiervoor heeft u de aanvraag en motivatie van de voorschrijver nodig. De gecontracteerde leverancier bepaalt of een aan- en/of uittrek hulp nodig is en zo ja, welk type.	Ja, u moet vooraf de aanvraag en motivatie van de voorschrijver en een offerte bij ons indienen.
Voorschrijver	Behandelend arts	
Gebruikstermijn	• Minimaal 5 jaar voor de apparatuur • Minimaal 2 jaar voor de manchetten en toebehoren • Minimaal 12 maanden voor de kousen • U heeft recht op minimaal 2 (paar) kousen per 12 maanden	• Minimaal 5 jaar voor de apparatuur • Minimaal 2 jaar voor de manchetten en toebehoren • Minimaal 12 maanden voor de kousen • U heeft recht op 2 (paar) kousen per 12 maanden
Wat te doen bij vervanging of reparatie van het hulpmiddel?	Voor de compressieapparatuur en de elektrisch aangedreven aantrek hulpen heeft u toestemming nodig van ons. Voor de elastische kousen kunt u direct contact opnemen met de gecontracteerde leverancier die het hulpmiddel geleverd heeft.	U heeft vooraf toestemming van ons nodig. Hiervoor moet u de aanvraag, motivatie en offerte bij ons indienen.
Ben ik eigen risico, een eigen bijdrage en/of andere kosten verschuldigd?	Ja, u bent eigen risico verschuldigd voor de hulpmiddelen die in eigendom worden verstrekt.	Ja, u bent eigen risico verschuldigd.
Vergoeding	100%	Maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde leveranciers).
Bijzonderheden		Therapeutische kousen vergoeden wij alleen, als de niet door ons gecontracteerde leverancier gecertificeerd is door de Stichting Erkenningregeling Medisch Hulpmiddelenbedrijf (SEMH) op basis van de erkenningregelingen voor Leveranciers van Therapeutisch elastische kousen (TEK).

4.13 Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel

Artikel regeling: 2.6 sub o

Let op!

De hulpmiddelenzorg uit dit artikel is functiegericht omschreven.

Onder deze aanspraak vallen (onder andere) de volgende hulpmiddelen:

Insulinepomp met toebehoren in geval van insulineafhankelijkheid, injectiepenen, ketonen teststrips, apparatuur om zelf bloed af te nemen:

Bloedglucosemeter, inclusief de noodzakelijke teststrips en inclusief eventueel noodzakelijke toebehoren

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Gebruiksnorm	De behandelend arts, praktijk-ondersteuner huisarts of diabetesverpleegkundige van het ziekenhuis bepaalt het gebruik. 1. Diabetici die 1 tot 2 insuline-injecties per dag gebruiken, krijgen maximaal 100 teststrips per 3 maanden 2. Diabetici die 3 of meer insuline-injecties per dag gebruiken, krijgen maximaal 400 teststrips per 3 maanden 3. Insulinepompgebruikers, kinderen tot 18 jaar en zwangeren krijgen maximaal 1.800 teststrips per jaar 4. Zwangerschapsdiabetes 400 teststrips tijdens de duur van de zwangerschap Diabetici die zijn uitbehandeld met orale bloedsuikerverlagende middelen en geïndiceerd zijn voor instelling op insuline, krijgen eenmalig honderd teststrips in afwachting van de instelling op insuline. Flash Glucose Monitoring systeem: eenmalig 1 reader (indien u géén mobiele telefoon kunt gebruiken of wanneer u een mobiele telefoon gebruikt welke niet compatible is) en 1 maal per 14 dagen een sensor.	

4.14 Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding

Artikel regeling: 2.6 sub r verder uitgewerkt in 2.24

Onder deze aanspraak vallen de volgende hulpmiddelen:

Uitwendige voedingspomp met toebehoren, niet-klinisch ingebrachte voedingssonde.

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Bruikleen of eigendom	In bruikleen: voedingspomp In eigendom: • toebehoren van de voedingspomp • voedingssonde	In eigendom
Toestemming nodig?	Nee, u kunt direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. Hiervoor heeft u de aanvraag en motivatie van de voorschrijver nodig.	Ja, u moet vooraf de aanvraag en motivatie van de voorschrijver en een offerte bij ons indienen.
Voorschrijver	Behandelend medisch specialist (neuroloog of revalidatiearts), physician assistant, verpleegkundig specialist of diëtist	
Gebruikstermijn	N.v.t.	
Wat te doen bij vervanging of reparatie van het hulpmiddel?	U kunt contact opnemen met de gecontracteerde leverancier die het hulpmiddel geleverd heeft.	U heeft vooraf toestemming van ons nodig. Hiervoor moet u de aanvraag, motivatie en offerte bij ons indienen.
Ben ik eigen risico, een eigen bijdrage en/of andere kosten verschuldigd?	Ja, u bent eigen risico verschuldigd voor de hulpmiddelen die in eigendom worden verstrekt.	Ja, u bent eigen risico verschuldigd.
Vergoeding	100%	Maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde leveranciers)
Uitsluiting	Als mickey buttons, pegsondes en sondes met toebehoren worden geplaatst binnen de muren van het ziekenhuis, vallen deze onder medisch-specialistische zorg. Dan moeten deze hulpmiddelen uit het ziekenhuisbudget bekostigd worden. Speekselsubstituten en mondspoeling worden niet vergoed.	

4.15 Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken

Artikel regeling: 2.6 sub s

Let op!

De hulpmiddelenzorg uit dit artikel is functiegericht omschreven.

Onder deze aanspraak vallen (onder andere) de volgende hulpmiddelen:

Draagbare communicator, letter- of symbolensets en letter- of symbolenborden, apparatuur voor synthetische spraak, softwarematige communicatiehulpmiddelen.

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Bruikleen of eigendom	In bruikleen	In eigendom
Toestemming nodig?	Ja, u moet vooraf de aanvraag en motivatie van de voorschrijver en een offerte bij ons indienen.	
Voorschrijver	Behandelend medisch specialist (neuroloog of revalidatiearts)	Behandelend medisch specialist (neuroloog of revalidatiearts)
Gebruikstermijn	5 jaar	