

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, vertegenwoordigd door C te D, en Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak	: Geneeskundige zorg, continue intrathecale geneesmiddelenafgifte (CITDD) bij Failed Back Surgery Syndrome (FBSS), stand wetenschap en praktijk.
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2023, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv
Zaaknummer	: 202300966
Zittingsdatum	: 30 augustus 2023

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 13 april 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 17 mei 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 12 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 14 juni 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 27 juni 2023 respectievelijk 21 juli 2023 verklaard niet te willen worden gehoord, zodat de commissie beslist op basis van de stukken.
- 2.4. Bij brief van 12 juli 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023023634) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 13 juli 2023 aan partijen gestuurd. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld om op het advies van het Zorginstituut te reageren. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben dit gedaan bij e-mailbericht van 14 juli 2023 respectievelijk bij brief van 21 juli 2023. Afschriften van deze reacties zijn naar de respectieve wederpartij gestuurd.
- 2.5. Afschriften van deze reacties zijn ook op 24 juli 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 12 juli 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 27 juli 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend Financieel *** en Aanvullend Tand *** (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster lijdt aan het *Failed Back Surgery Syndrome* (hierna: 'FBSS') met als gevolg ernstige refractaire neuropatische pijnen. De afgelopen jaren heeft zij hiervoor verschillende behandelingen ondergaan. Op 27 januari 2023 is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag

gedaan voor een traject voor continue intrathecale geneesmiddelenafgifte (hierna: 'CITTD'). Bij brief van 9 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afgewezen.

- 3.3. Bij brief van 12 juli 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van CITTD alsnog te vergoeden, hetzij ten laste van de zorgverzekering, hetzij uit coulance.
- 4.2. Verzoekster lijdt aan ernstige refractaire neuropatische pijnen en heeft, om deze te verhelpen, alle andere opties voor pijnbestrijding (conventioneel, inclusief revalidatie, farmacologisch, minimaal invasief, en 2 maal ruggenmergstimulatie) doorlopen. Dit heeft echter niet geleid tot vermindering van de pijnklachten. Ook de huidige medicatie (PCM, Baclofen en Oxcarbazepine) heeft slechts een beperkt effect. Al met al zijn de pijnklachten invaliderend voor verzoekster en heeft zij een slechte kwaliteit van leven. Volgens de behandelend arts zou mogelijk een traject voor CITTD uitkomst kunnen bieden.
Verzoekster is ermee bekend dat het Zorginstituut in 2019 heeft geoordeeld dat CITTD bij de indicatie FBSS niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Om die reden heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar verzocht het traject uit coulance te vergoeden, maar dit verzoek is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Verzoekster kan zich met het besluit om de behandeling in haar geheel niet te vergoeden niet verenigen. Allereerst, omdat het ziekenhuis waar verzoekster onder behandeling is, het enige ziekenhuis is dat CITTD-systemen plaatst. Voorts, omdat voor verzoekster geen andere behandelmogelijkheden meer over zijn. Dit brengt met zich dat de afwijzing van het coulanceverzoek door de ziektekostenverzekeraar in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de door verzoekster aangevraagde behandeling, te weten een CITTD-traject bij FBSS, niet onder de dekking van de zorgverzekering valt. Het is volgens de ziektekostenverzekeraar niet mogelijk hiervan af te wijken, aangezien dat een ongewenste precedentwerking tot gevolg heeft. Om die reden is ook het gedane coulanceverzoek afgewezen.
Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering mag slechts die zorg worden vergoed, die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit betekent dat er voldoende wetenschappelijk bewijs moet zijn waaruit de effectiviteit van de behandeling blijkt. Gebleken is dat een CITTD-traject bij FBSS niet voldoet aan genoemd criterium en dat de kosten daarom niet vanuit de basisverzekering worden vergoed.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar stelt in zijn brief van 21 juli 2023 dat hij de conclusie in het advies van het Zorginstituut onderschrijft dat verzoekster geen aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van CITTD ten laste van de zorgverzekering.

6. **Advies Zorginstituut**

- 6.1. In het voorlopig advies van 12 juli 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Het standpunt Neuromodulatie bij chronische pijn van 12 november 2019

In 2019 concludeerde het Zorginstituut in voornoemd standpunt 'Neuromodulatie bij chronische pijn' dat intrathecal drug delivery (ITDD), dat wordt uitgevoerd met een definitief systeem (pijnpomp) en dus een ander woord is voor CITDD, bij FBSS niet voldoet aan de stand van de

wetenschap en praktijk. FBSS wordt in het rapport gedefinieerd als 'een chronisch pijnsyndroom dat kan ontstaan na wervelkolomchirurgie (chirurgische eindfase na één of meerdere ingrepen in de lumbale wervelkolom, geïndiceerd om lage rugklachten, radiculair pijn of de combinatie van beide te verlichten, zonder effect). De oorzaak kan multifactorieel zijn zoals persisterende wortelcompressie, recidief herniatie, littekenvorming, en tevens beschadiging.' Gezien het specifieke onderliggende anatomische substraat wordt er, ook door professionals, een onderscheid gemaakt tussen FBSS en andere chronische pijnsyndromen zoals het complex regionaal pijnsyndroom. In het standpunt werd de effectiviteit en de veiligheid van ITDD onderzocht. Er werd slechts 1 vergelijkende studie (case-serie van Doleys 2006) geïnccludeerd die voldeed aan de voorwaarden voor analyse. Het betrof een studie met een follow up van 4 jaar. Er werden 130 volwassen patiënten die een of meer lumbale operaties hadden ondergaan voorafgaand aan de behandeling geïnccludeerd. De pijn bestond tenminste twee jaar en was primair gelokaliseerd in de lumbale wervelkolom. Patiënten werden retrospectief in 3 groep(en) ingedeeld: 1) morfine lumbaal met pomp (ITDD, 50 patiënten), 2) standaard medicatie, vooral orale opioïden (OO, 40 patiënten) en 3) een 4 weken durend pijn- en revalidatieprogramma (R.P.R.P, 40 patiënten). De uitkomsten (door patiënt gerapporteerd) waren pijnklachten, medicijngebruik en kwaliteit van leven.

De afname van pijn na 4 jaar was in de ITDD-groep, gemeten met de NRS (numeric rating scale, schaal van 0 tot 10) het grootst. De pijnafname in de ITDD groep was -1.38 (95% BI -1.48 tot -1.28) ten opzichte van de RPRP-groep en - 1.18 (95% BI -1.29 tot -1.07) ten opzichte van de OO-groep. Echter, de kwaliteit van het bewijs was zeer laag vanwege tekortkomingen in het onderzoek (risk of bias). Er waren geen gegevens over de veiligheid van de behandeling.

De namens verzoekster aangedragen literatuur

De behandelaar van verzoekster heeft gerefereerd aan de studies van Lara (2011), Kleinmann (2019) en Deer (2019). De studie van Lara, weliswaar met ITDD als interventie, was in het standpunt van 2019 al uitgesloten van analyse omdat het geen vergelijkende studie was. De review van Deer betrof patiënten met chronische benigne of maligne pijn en geen patiënten met FBSS. In de review van Kleinmann werden oudere patiënten met chronisch benigne pijn geïnccludeerd, en niet specifiek met FBSS. De aangegeven studies geven gezien het voorgaande geen extra argument bij het oordeel over de stand van de wetenschap en praktijk.

Gebruikelijke behandeling anno 2023

De behandeling ITDD bij FBSS wordt niet in de aanbevelingen genoemd van de praktische richtlijn anesthesiologische pijnbestrijding van 2018 van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) en de Vlaamse Anesthesiologische Vereniging voor Pijnbestrijding (VAVP), en evenmin in de specialistenrichtlijn van de NVA 'Wervelkolomgerelateerde pijnklachten van de lage rug/ behandelingen failed back surgery syndrome'. De gebruikelijke (invasieve) behandeling die in beide richtlijnen wordt aanbevolen op basis van de beschikbare evidence is adhesiolyse of spinal cord stimulation (SCS).

Studies na het standpunt van 12 november 2019

Het Zorginstituut verrichtte op 26 juni 2023 een zoekopdracht in Medline en Embase naar klinische studies over ITDD bij FBSS vanaf 2018. Dit leverde 12 publicaties op, waarbij in 5 publicaties klinische data gevonden werden over ITDD bij patiënten met FBSS. Deze vijf publicaties worden hierna besproken.

Galica onderzocht in een retrospectieve niet vergelijkende studie bij 62 patiënten met FBSS het effect van 'intrathecal trialing' met hydromorfon en bupivacaïne. Dit was succesvol bij 54 (87.10%) patiënten. Na permanente implantatie in deze groep nam de pijnscore (NRS) significant af van 8 (mediaan) bij de start tot 6 (mediaan) na 24 maanden.

Ade vergeleek in een retrospectieve analyse bij 58 patiënten met FBSS het effect van lage dosis fentanyl met bupivacaïne (28 patiënten) met het effect van hydromorfon met bupivacaïne (30 patiënten). De medicatie werd toegediend als ITDD. In beide groepen vond een gelijke en significante pijnvermindering plaats na 2 jaar follow-up. De NRS daalde van 8 naar 5.

Staudt verrichtte een retrospectieve analyse van dubbele neuromodulatie therapie bij 11 patiënten met chronische rugpijn, van wie 5 met FBSS. Naast SCS werd ook ITDD gegeven. De conclusie was

dat dit een mogelijke behandeling is als 1 van beide therapieën faalt. Wel moet verder onderzoek worden gedaan naar wie responder is.

Hayek onderzocht bij 17 patiënten met chronische rugpijn, van wie 15 met FBSS, het effect van ITDD met een opioïd met of zonder bupivacaïne (cross-over van 1 week met en 1 week zonder bupivacaïne) op de rugpijn. Na stoppen met bupivacaïne bleek geen pijntoename op te treden. Hayek publiceerde ook een studie over trialing van ITDD bij 36 patiënten met chronische lage rugpijn van wie 26 patiënten met FBSS, en 10 met een chronische wervelcompressiefractuur. In een dubbelblinde cross-over studie van 14-18 uur werd ITDD met fysiologisch zout vergeleken met ITDD met een lage dosis fentanyl en bupivacaïne. Na deze trialing nam de pijn in beide groepen af. In de interventiegroep was de afname significant groter ten opzichte van de controlegroep, zowel bij rust als bij inspanning (resp. $p=0.016$ en $p=0.006$). Bij de 26 patiënten bij wie de trialing geslaagd was, werd een definitief systeem voor ITDD geplaatst. Na een 12 maanden follow-up persisteerde de pijnvermindering in de interventiegroep ten opzichte van de baseline.

Concluderend zijn er sinds 2018 vijf studies gepubliceerd met betrekking tot het effect van ITDD met morfine/fentanyl (en bupivacaïne) op pijn en andere uitkomsten. De resultaten hiervan zijn zeker bemoedigend. Echter, geen van de vijf beschreven studies betrof een vergelijkende studie tussen de interventie met ITDD en de gebruikelijke behandeling (adhesiolyse of SCS). Daarnaast waren de patiëntenaantallen laag, bestonden de studies uit wisselende interventies (o.a. qua medicatie), waren ze kort van duur of veelal retrospectief. Dit betekent dat er op dit moment, in aansluiting op het eerdere standpunt, onvoldoende bewijs is om de stand van de wetenschap en praktijk hieromtrent te herzien bij patiënten met FBSS.

Conclusie

De behandeling met CITDD, een definitief systeem (pijnpomp) voor ITDD, bij FBSS voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en maakt daarom geen onderdeel uit van het basispakket.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: De behandeling continue intrathecale geneesmiddelenafgifte (CITDD) bij failed back surgery syndrome (FBSS) maakt geen onderdeel uit van het basispakket.

Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van de kosten van deze behandeling ten laste van de basisverzekering."

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 18.4 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) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over geneeskundige zorg en de stand van de wetenschap en praktijk alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 8.2. Verzoekster wenst in aanmerking te komen voor CITDD. Hoewel de commissie de dringende wens van verzoekster tot verlichting van haar pijnklachten begrijpt, heeft de commissie de taak om te beoordelen of deze behandeling tegen de achtergrond van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komt. De ziektekostenverzekeraar heeft

de aanvraag afgewezen, omdat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Bij de beoordeling of CITTD bij de indicatie van verzoekster, te weten FBSS voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, neemt de commissie het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.

- 8.3. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend.
Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten '*evidence based medicine*' het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (de zgn. *Randomized Controlled Trials*) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.
- 8.4. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot CITTD bij de indicatie FBSS. Zijn advies van 12 juli 2023 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut heeft op 12 november 2019 een standpunt over 'Neuromodulatie bij chronische pijn' uitgebracht. In dit standpunt is geconcludeerd dat intrathecal drug delivery (ITDD), dat wordt uitgevoerd met een definitief systeem (pijnpomp), bij FBSS niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In het kader van het onderhavige geschil heeft het Zorginstituut op 26 juni 2023 een literatuursearch gedaan om na te gaan of het in 2019 uitgebrachte standpunt aanpassing behoeft. Hierbij is gezocht in Medline en Embase naar klinische studies over ITDD bij FBSS vanaf 2018. Dit leverde 12 publicaties op, waarbij in 5 publicaties klinische data werden gevonden over ITDD bij patiënten met FBSS. Nadere bestudering van deze 5 publicaties leert dat de resultaten van de onderzoeken bemoedigend zijn, echter geen van de studies betrof een vergelijkende studie tussen de interventie met ITDD en de gebruikelijke behandeling (adhesiolyse of SCS). Daarnaast waren de patiëntenaantallen laag, bestonden de studies uit wisselende interventies (o.a. qua medicatie), waren ze kort van duur of veelal retrospectief. De conclusie van het Zorginstituut is dat er op dit moment, in aansluiting op het eerdere standpunt uit 2019, onvoldoende bewijs is om te concluderen dat CITTD bij de indicatie FBDD voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 8.5. De behandelaar van verzoekster heeft verwezen naar enkele publicaties over CITTD. De commissie stelt vast dat het Zorginstituut hieraan in zijn advies van 12 juli 2023 aandacht heeft besteed. Het Zorginstituut heeft geconcludeerd dat genoemde publicaties, om verschillende door het Zorginstituut gemotiveerde redenen, niet tot de conclusie kunnen leiden dat CITTD bij de indicatie FBSS wél voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie ziet geen aanleiding van het advies af te wijken en neemt de hierin opgenomen conclusie over.
- 8.6. Verzoekster heeft erop gewezen dat de aangevraagde behandeling de laatste reële mogelijkheid is om haar klachten te verminderen. De commissie begrijpt dit aldus dat zij stelt dat het, in haar situatie, onverkort toepassen van de voorwaarde dat de zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is zodat hierop een uitzondering moet worden gemaakt (artikel 6:248 BW). Wanneer een dergelijke uitzondering aan de orde is, is door de Hoge Raad gedefinieerd in het

Bosentan-arrest (ECLI:NL:HR:2014:3679). In de voorliggende situatie wordt niet aan de in dat verband toepasselijke, cumulatieve criteria voldaan. Met name is er niet de verwachting dat CITTD bij de indicatie FBSS op korte termijn in het verzekerde pakket zal worden opgenomen. Het voorgaande betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de behandeling, ten laste van de zorgverzekering.

- 8.7. Verzoekster heeft tevens een beroep gedaan op coulance door de ziektekostenverzekeraar. Met betrekking hiertoe geldt dat het toepassen van coulance een handelen uit welwillendheid is, dus zonder dat het juridisch verplicht is. Het coulancebeleid is aan de ziektekostenverzekeraar voorbehouden en de commissie kan in diens beslissing niet treden. De commissie kan slechts dan een vergoeding in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden toekennen als de ziektekostenverzekeraar gelijke gevallen zonder goede reden ongelijk behandelt. Dit is in het onderhavige geval gesteld noch gebleken.

Slotsom

- 8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 augustus 2023,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

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 combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. 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;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. 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;

6°. 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 gehemeltespelen, 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.

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.

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 (zogenoemde '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/msr;
- 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&g=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 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

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

2.3 Aanmelding en inschrijving

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

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

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