

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden en Achmea
Zorgverzekeringen N.V te Zeist
Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, lymfe-veneuze shunt operatie bij lymfoedeem, stand
wetenschap en praktijk
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden
aanvullende ziektekostenverzekering 2020, art. 20 Vo. nr. 883/2004
Zaaknummer : 202002540
Zittingsdatum : 17 augustus 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 10 februari 2021 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. Nadien heeft verzoekster de commissie verzocht de zaak aan te houden, omdat zij van de ziektekostenverzekeraar nog geen reactie had ontvangen op de door haar ingediende nota's. De commissie heeft met dit verzoek ingestemd. Bij e-mailbericht van 23 februari 2022 heeft verzoekster de commissie gevraagd de procedure voort te zetten, waarna de commissie haar heeft verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan. Op 18 maart 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 3 juni 2022 en e-mailbericht van 7 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Kopieën van deze reacties zijn op respectievelijk 7 en 10 juni 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 5 juli 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022022855) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 7 juli 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 augustus 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Tijdens de hoorzitting zijn door verzoekster aanvullende stukken overgelegd. Deze stukken zijn op 17 augustus 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 24 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting, de tijdens de hoorzitting door verzoekster overgelegde stukken alsmede de reactie van de ziektekostenverzekeraar van 24 augustus 2022 zijn op 25 augustus 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 5 juli 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 25 augustus 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het verslag en de aanvullende stukken geen

aanleiding vormen het voorlopig advies aan te passen en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering Restitutiepolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Spieren & Gewrichten (€ 350,-), Tand (€ 250,-), Zorg & Herstel en Ongevallen (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. In 1996 zijn bij verzoekster zowel haar baarmoeder als de lymfeklieren verwijderd. Als gevolg van deze operatieve ingreep heeft zij sindsdien last van vochtophoping in haar linkerbeen. Om de klachten te verhelpen zijn bij de verzoekster al verschillende ingrepen uitgevoerd waaronder een lymfe-veneuze shunt operatie en lymfosuctie. Het positieve resultaat van deze ingrepen is door een wondroosinfectie tenietgegaan. Om de klachten te verhelpen is door de behandeld chirurg in België voorgesteld bij verzoeker opnieuw een lymfe-veneuze shunt operatie te verrichten. Op 28 september 2020 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar verzocht voornoemde behandeling, uit te voeren in België, te vergoeden.
- 3.3. Verzoekster heeft de beslissing van de ziektekostenverzekeraar op de aanvraag niet afgewacht en zij heeft op 19 oktober 2020 in het AZ Sint-Maarten te Mechelen een lymfe-veneuze shunt operatie ondergaan.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 7 oktober 2020 verzocht aanvullende informatie betreffende de behandeling op te sturen. Eerst nadat de ingreep was uitgevoerd heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar het gevraagde doen toekomen. Op basis hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar haar bij brief van 3 november 2020 meegedeeld dat de aangevraagde lymfe-veneuze shunt operatie niet wordt vergoed.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 16 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Op 22 januari 2022 heeft verzoekster de van het AZ Sint-Maarten ontvangen nota's bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Bij uitkeringsspecificatie van 3/2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de betreffende kosten niet worden vergoed, hierbij verwijzend naar zijn brief van 3 november 2020.
- 3.7. Bij brief van 5 juli 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn voorlopig advies aan de commissie, het volgende verklaard:

"In 2009 heeft het CVZ (nu Zorginstituut Nederland) het standpunt ingenomen dat het aanleggen van lymfo-veneuze anastomoses bij de behandeling van lymfoedeem in de onderste extremiteiten niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In mei 2011 heeft het Zorginstituut [een] update gedaan van dit standpunt in het kader van een geschil. Er was toen geen aanleiding het standpunt te herzien.

Het standpunt van verweerder dat [een] lymfe-veneuze shunt operatie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk is op basis van het uitgevoerde literatuuronderzoek voldoende onderbouwd. Voor de volledigheid heeft het Zorginstituut d.d. 30 mei 2022 een oriënterende zoekopdracht uitgevoerd in Medline (via PubMed) met dezelfde zoektermen als in het standpunt uit 2009 en het advies uit 2011 zijn gebruikt. De resultaten van de zoekopdracht geven geen aanleiding om aan te nemen dat verweerder belangrijke publicaties heeft gemist bij de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk.

Conclusie

Op basis van het uitgevoerde literatuuronderzoek kan geconcludeerd worden dat een lymfe-veneuze shunt operatie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De behandeling maakt derhalve geen onderdeel uit van het basispakket en komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een lymfe-veneuze shunt operatie voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en maakt geen onderdeel uit van het basispakket."

4. Het geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de in België uitgevoerde lymfe-veneuze shunt operatie te vergoeden.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. 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. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op geneeskundige zorg en de stand van de wetenschap en praktijk zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de relevante bepalingen uit de Europese Verordening nr. 883/2004 opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster vordert vergoeding van de kosten van de in België uitgevoerde lymfe-veneuze shunt operatie. In dat verband voert zij aan dat zij klachten ervaart als gevolg van de vochtophopingen in haar linkerbeen. Op het dieptepunt was dit been 6,5 kilo zwaarder dan haar rechterbeen. Verzoekster ondergaat thans wekelijks manuele lymfedrainage om de klachten te verminderen. Omdat een structurele oplossing ontbreekt, heeft de behandelend chirurg in België voorgesteld opnieuw een lymfe-veneuze shunt operatie uit te voeren. Volgens de chirurg zou deze ingreep ervoor zorgen dat het vocht in de voet en het onderbeen dermate wordt verminderd dat het weer mogelijk wordt om reguliere schoenen te dragen. Ook zouden de pijn en het ongemak bij het bewegen drastisch worden verminderd. Nadat verzoekster de ziektekostenverzekeraar had verzocht de lymfe-veneuze shunt operatie te vergoeden, kreeg zij van deze een brief waarin een aantal vragen werd gesteld. De vragen waren zo geformuleerd dat bij verzoekster de indruk ontstond dat de ziektekostenverzekeraar dacht dat het om een cosmetische ingreep tegen overgewicht ging. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt dat een lymfe-veneuze shunt operatie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster kan dit standpunt niet volgen, omdat de behandelend chirurg in België zeer bekwaam is en zijn aanpak internationaal veel aanzien geniet.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat een lymfe-veneuze shunt operatie geen verzekerde prestatie vormt op grond van de Zvw. Dit omdat deze behandeling niet voldoet aan de stand

van de wetenschap en praktijk. De meerwaarde van de behandeling is niet wetenschappelijk aangetoond, hetgeen het Zorginstituut in een advies (290085014 (2011015450)) heeft bevestigd. Verder geldt dat hij verzoekster bij brief van 7 oktober 2020 heeft verzocht aanvullende informatie op te sturen. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertoe besloten om "een rug tegen de muur situatie" uit te sluiten. Met de gestelde vragen wilde de ziektekostenverzekeraar uitsluiten dat het een zeer ernstige situatie betrof waarbij alle conservatieve opties uitgeput waren. Op basis van de gegeven antwoorden speelt dit bij verzoekster echter niet. Er is bij haar namelijk ook sprake van overgewicht (zelfs bij aftrek van de 6 kilo extra door het vocht). Dit overgewicht heeft een negatieve impact op de medische situatie, de klachten en de mobiliteit. Tot slot merkt de ziektekostenverzekeraar voor de volledigheid op dat de onderzoeken en consulten wel zijn vergoed. Alleen het verzoek om de kosten van de lymfe-veneuze shunt operatie te vergoeden is door hem afgewezen.

Overwegingen commissie

- 6.4. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, gegaan om daar een behandeling te ondergaan. In die situatie is sprake van planbare zorg, en hierop ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Op grond van dit artikel heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt, en (ii) de zorg niet tijdig in Nederland beschikbaar is. Daarnaast geldt de eis dat een verzekerde voorafgaand aan de behandeling toestemming moet vragen aan de zorgverzekeraar. In het onderhavige geval heeft verzoekster weliswaar om voorafgaande toestemming gevraagd, maar het antwoord hierop niet afgewacht en de behandeling ondergaan. Een dergelijk geval staat gelijk aan de situatie waarin geen voorafgaande toestemming is gevraagd. Dan blijft de verordening in beginsel buiten beschouwing. Dit volgt uit het arrest ECLI:EU:C:2007:231 van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05). Dit is slechts anders in geval van bijzondere omstandigheden, zoals bedoeld in het arrest ECLI:EU:C:2010:581 van het Europese Hof van Justitie (Elchinov zaak C-173/09). In dit geval zijn dergelijke bijzondere omstandigheden gesteld noch gebleken.
- 6.5. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt moet, zowel in het kader van de toepassing van de verordening als voor de toetsing aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering, worden beoordeeld of een lymfe-veneuze shunt operatie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in A.1.2, van de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie neemt hierbij het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt.
- 6.6. 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.
- 6.7. 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 wetenschappelijk onderzoek 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 (de 'goudenstandaardbehandeling'), dan wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op 'evidence' 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.

- 6.8. De commissie heeft het Zorginstituut gevraagd om een advies over de vraag of de zorg in kwestie overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk. 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 voor de commissie niet bindend; de commissie kan hiervan gemotiveerd afwijken.
- 6.9. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot een lymfe-veneuze shunt operatie. Het advies van 5 juli 2022 bevat de uitkomst hiervan. De conclusie van het Zorginstituut is dat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Toegelicht wordt dat het CVZ (nu het Zorginstituut) in 2009 het standpunt heeft ingenomen dat het aanleggen van lymfo-veneuze anastomoses bij de behandeling van lymfoedeem in de onderste extremiteiten niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In mei 2011 heeft het Zorginstituut een update gedaan en toen bestond geen aanleiding het standpunt te herzien. Voor de volledigheid heeft het Zorginstituut op 30 mei 2022 een oriënterende zoekopdracht uitgevoerd in Medline (via PubMed) met dezelfde zoektermen als in het standpunt uit 2009 en het advies uit 2011 zijn gebruikt. De resultaten van deze zoekopdracht vormden voor het Zorginstituut geen aanleiding om een ander standpunt in te nemen of om aan te nemen dat de ziektekostenverzekeraar, in het kader van deze zaak, belangrijke publicaties heeft gemist bij de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut adviseert de commissie dan ook het verzoek af te wijzen omdat een lymfe-veneuze shunt operatie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. De commissie ziet in de door verzoekster overgelegde verklaringen geen reden van het advies van het Zorginstituut af te wijken en volgt dit dan ook. Dit betekent dat geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Dit leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden is de kosten van de in België uitgevoerde behandeling te vergoeden op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering. Een vergoeding op basis van de verordening is, zoals hiervoor al overwogen, niet aan de orde omdat de verordening in dit geval toepassing mist.
- 6.10. Hetgeen verder door verzoekster is aangevoerd - met name met betrekking tot de goede ervaringen met haar behandelend arts en diens bekwaamheid - kan niet leiden tot een andere uitkomst. Hetzelfde geldt voor haar stelling dat zij geen andere keus meer had dan het uitvoeren van een lymfe-veneuze shunt operatie. Daargelaten dat de ziektekostenverzekeraar op basis van de zorgverzekering niet gehouden is tot vergoeding van een behandeling die niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij "een rug tegen de muur situatie" - dat wil zeggen een zeer ernstige situatie waarbij alle conservatieve opties zijn uitgeput - wilde uitsluiten. Hiertoe heeft hij bij verzoekster navraag gedaan, en uit de gegeven antwoorden bleek dat dit bij haar niet speelt en ook andere - door verzoekster niet bestreden factoren - aan de orde zijn.
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 september 2022,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

3. Europese wet- en regelgeving
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

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 zeven 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 gehemelte-spleten, 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.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- a. de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- b. het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- c. de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- d. interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde ‘standpunten’);
- e. 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.

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 A.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 2.1 Regeling zorgverzekering](#).

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.