



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen De Friesland Zorgverzekeraar N.V. en De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Leeuwarden

Zaak : Medisch specialistische zorg, (herhaal)consult, vitamine B12-injecties, stand van de wetenschap en praktijk, indicatie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 201901720

Zittingsdatum : 3 juni 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V., en
- 2) De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Leeuwarden,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 20 december 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 20 april 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 21 april 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 13 mei 2020 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020020887) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 14 mei 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 juni 2020 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 5 juni 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 10 juni 2020 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een kopie van dit advies is op 12 juni 2020 aan partijen gestuurd en zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Partijen hebben van de geboden mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV Tand Extra (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft in mei 2017 de B12 Kliniek bezocht, waarna hij het gebruik van vitamine B12-tabletten en -injecties heeft voortgezet respectievelijk hiermee is gestart. In 2018 en op 15 april 2019 heeft hij zich opnieuw tot de kliniek gewend.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten van het consult op 15 april 2019 in de B12 Kliniek te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft bij declaratieoverzicht van 23 april 2019 aan verzoeker meegedeeld dat de kosten niet worden vergoed.

3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 13 juni 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.5. Bij brief van 13 mei 2020 heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op de zorgverzekering, af te wijzen. Ter onderbouwing heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, het volgende geconcludeerd:

"Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op (een indicatie heeft voor) behandeling met vitamine B12 injecties in een hoge (onderhouds)dosering. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van het herhaalconsult in de B12 Kliniek ten laste van de basisverzekering."

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van het consult op 15 april 2019 in de B12 Kliniek te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

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 2.12 van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder is hierin de op het geschil toepasselijke verzekeringsvoorwaarde opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

6.2. Verzoeker voert aan dat hij in 2016 al geruime tijd last had van verschillende klachten, waaronder ernstige vermoeidheid. Omdat de betrokken medisch specialisten geen diagnose konden stellen, is verzoeker op eigen initiatief begonnen met het slikken van vitamine B12-tabletten. Tijdens een consult in de B12 Kliniek in mei 2017 is verzoeker geadviseerd het gebruik van vitamine B12 voort te zetten. Op 15 april 2019 is verzoeker voor een volgend consult gezien in de kliniek. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, zijn hem tijdens dit consult geen injecties toegediend. Verder benadrukt verzoeker dat hij niet met de ziektekostenverzekeraar van mening verschilt over het feit dat de vitamine B12-injecties niet voldoen aan de stand van de wetenschap. Daarom vordert verzoeker uitsluitend vergoeding van de kosten van het desbetreffende consult.

6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat (i) bij verzoeker nooit een vitamine B12-tekort is vastgesteld in het bloed, (ii) alleen sprake is van specifieke klachten, en (iii) bij verzoeker geen contra-indicatie bestaat voor gebruik van vitamine B12-tabletten. Desondanks heeft de B12 Kliniek de diagnose 'symptomatisch vitamine B12-tekort' gesteld en vitamine B12-injecties voorgeschreven. Volgens de ziektekostenverzekeraar voldoen daarmee zowel de diagnostiek als de behandeling (het behandeladvies / het recept voor de injecties) niet aan de stand van wetenschap en praktijk. Het herhaalconsult komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de zorgverzekering.

- 6.4. De commissie stelt vast dat, anders dan de ziektekostenverzekeraar veronderstelt, uit het advies van het Zorginstituut van 13 mei 2020 blijkt dat vitamine B12-injecties voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, mits sprake is van een aangetoond vitamine B12-tekort. Volgens het Zorginstituut is een vitamine B12-tekort bij verzoeker weliswaar minder waarschijnlijk is, maar kan een subklinisch tekort niet geheel worden uitgesloten.
- 6.5. Een vitamine B12 tekort kan zich volgens het Zorginstituut uiten op verschillende wijzen. Bij een klinisch vitamine B12 tekort hebben patiënten specifieke symptomen. Bij afwezigheid van symptomen of symptomen die niet specifiek zijn, zoals moeheid, wordt wel gesproken van een subklinisch vitamine B12 tekort. De diagnose wordt gesteld na uitgebreid onderzoek. De behandeling bestaat vervolgens bij milde symptomen uit het slikken van tabletten en bij ernstige klachten uit het toedienen van injecties. De vitamine B12-injecties vormen in dit geval geen onderwerp van geschil. Het gaat om de vraag of verzoeker was aangewezen op het consult van 15 april 2019 in de B12 Kliniek.
- 6.6. Verzoeker werd eind 2016 en in januari 2017 gezien op de polikliniek interne geneeskunde van de Antonius Zorggroep vanwege vermoeidheidsklachten. Uit de brieven van de internist blijkt dat verzoeker bij het consult in januari 2017 gedurende een maand vitamine B12-tabletten 1000 mcg/dag had geslikt en dat het beter met hem ging. Verder blijkt uit de verklaring van de internist dat bij verzoeker in januari 2017 sprake was van een laag-normaal vitamine B12 (203 pmol/l) en niet specifieke symptomen voor een vitamine B12-tekort. Omdat de klachten van verzoeker later toenamen, is hij naar eigen zeggen vitamine B12-injecties gaan gebruiken en heeft hij zich gewend tot de B12 Kliniek.
- 6.7. Zoals uit het advies van het Zorginstituut blijkt, is niet op voorhand uit te sluiten dat bij verzoeker in 2016 sprake was van een subklinisch tekort. Voor zover dit echter al aan de orde was, werd dit tekort opgeheven nadat verzoeker was gestart met het innemen van B12-tabletten. Er bestond daarom geen grond voor verdere diagnostiek of behandeling. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat er na januari 2017 aanwijzingen waren voor een verandering van zijn medische situatie. Onduidelijk is dan ook waarom is gestart met de B12-injecties in een hoge (onderhouds)dosering en waarom volgende consulten nodig waren. Het lag op de weg van verzoeker het bestaan van een eventueel vitamine B12-tekort en de noodzaak van verdere diagnostiek en behandeling in de procedure aannemelijk te maken. Hierin is hij niet geslaagd. Dat de desbetreffende diagnose in de B12 Kliniek wel kon worden gesteld is overigens niet voor de hand liggend, aangezien sprake was van een voortdurend gebruik van de tabletten en vervolgens de vitamine B12-injecties. Zoals door verzoeker zelf is opgemerkt wordt het aantonen van een vitamine B12-tekort hierdoor bemoeilijkt. Uit het voorgaande volgt dat niet is komen vast te staan dat verzoeker na januari 2017 was aangewezen op consulten in de B12 Kliniek. Het stond de ziektekostenverzekeraar daarom vrij vergoeding van de kosten van het consult in 2019 af te wijzen. Dat een eerder consult wel door hem werd vergoed, maakt dit niet anders.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 juli 2020,



L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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.

Besluit zorgverzekering

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°. vruchtbaarheidsgerelateerde 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 gehemeltepleten, 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.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.12 Mondzorg (tandheelkunde)

3.12.1 Bijzondere tandheelkunde (alle leeftijden)

Inhoud zorg

U heeft recht op mondzorg verleend door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg, voor zover er sprake is van zorg zoals tandartsen plegen te bieden en die noodzakelijk is in een van de volgende situaties:

- a. U heeft een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening. U heeft daarnaast ook recht op het aanbrengen van implantaten als u een zeer ernstig geslonken tandenloze kaak heeft. Bovendien moet het implantaat zijn bedoeld om hierop een uitneembare prothese te bevestigen.
- b. U heeft een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening en u kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening.
- c. U moet een niet-tandheelkundige medische behandeling ondergaan die zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening.

Let op! Orthodontische zorg door een orthodontist en de bijbehorende kaakchirurgische hulp (osteotomie) vallen alleen onder bijzondere tandheelkunde als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mond-stelsel heeft, vergelijkbaar met een schisisafwijking. Hierbij moet medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.

Wie mag deze zorg verlenen

- a. Een tandarts, mondhygiënist, of tandprotheticus, gespecialiseerd in de behandeling van specifieke problemen in de mondzorg of in de behandeling van gehandicapte of angstige patiënten;
- b. Een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde;
- c. Een kaakchirurg.

Let op! Voor het aanbrengen van een implantaat mag de zorg uitsluitend worden verleend door een gespecialiseerde tandarts op het gebied van implantologie of een kaakchirurg. De prothese mag ook worden geleverd door een tandprotheticus. Voor orthodontie als onderdeel van de bijzondere

Wie mag deze zorg verlenen

Een medisch specialist of sportarts werkzaam in een ziekenhuis of in de huispraktijk van een medisch specialist, of in een zelfstandig behandelcentrum. Voor een sportarts geldt dat deze ook werkzaam mag zijn in een Sport Medisch Adviescentrum (SMA) of Sportmedische Instelling (SMI) toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort.

Een medisch specialist is een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Een sportarts is een arts die met het specialisme Sportgeneeskunde is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- d. behandelingen gericht op de circumcisie (besnijdenis) van de mannelijke verzekerde die niet medisch noodzakelijk zijn. Bijvoorbeeld behandelingen uit culturele of religieuze overwegingen;
- e. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg voor een vrouwelijke verzekerde van 43 jaar of ouder, tenzij er sprake is van een IVF-poging die is begonnen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;
- f. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts, sportarts, jeugdarts, tandarts, orthodontist (beide alleen voor kaakchirurg), verloskundige, kaakchirurg, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, triage-audicien, klinisch fysicus audioloog (beide alleen voor KNO-arts), optometrist (bij oogzorg), SEH-arts, GGD-arts (voor aanvragen laboratoriumdiagnostiek IZB en TBC), verpleegkundig specialist of physician assistant. Voor een second opinion door een medisch specialist heeft u een verwijzing nodig van de huisarts of de behandelend medisch specialist. Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

c. vanaf negen weken en drie dagen zwangerschap na de implantatie van gecryopreserveerde embryo's.

De terugplaatsing van een of meer bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) wordt niet beschouwd als een nieuwe poging, maar maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn.

Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) wordt gelijkgesteld aan een IVF-behandeling. Een IVF-behandeling kan ook tot stand worden gebracht door middel van eiceldonatie.

Uitsluitingen

- a. Als u jonger bent dan 38 jaar, heeft u bij de eerste en tweede IVF-poging geen recht op terugplaatsing van meer dan één embryo.
- b. De behandeling van de donor van de eicel en de donatie van de eicel vallen niet onder IVF.
- c. Na de eerste, tweede en derde IVF-poging heeft u geen recht meer op een vierde of volgende poging per te realiseren doorgaande zwangerschap, waaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde geneesmiddelen.

Wie mag deze zorg verlenen

Een IVF-centrum met de daartoe wettelijk vereiste vergunningen.

Toestemming vooraf

Voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.11 Medisch specialistische zorg algemeen

Inhoud zorg

U heeft recht op zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden.

Let op! Een second opinion valt hier ook onder. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de eerste behandelaar. U moet vervolgens met de second opinion terugkeren naar de oorspronkelijke behandelaar, die de regie over de behandeling houdt.

2.7 Dekking

2.7.1 Omvang van de dekking

- a. Voor zover op grond van deze verzekeringsvoorwaarden de toestemming van De Friesland, een verwijzing of een voorschrift vereist is, bestaat alleen aanspraak op zorg of vergoeding van kosten als aan die eisen is voldaan voordat u van de desbetreffende zorg gebruikmaakt.
- b. Recht op zorg of diensten, of recht op vergoeding van de kosten daarvan, bestaat alleen als u naar een zorgaanbieder gaat die aan de eisen voldoet zoals vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden. De Friesland kan u echter toestemming verlenen voor rekening van De Friesland gebruik te maken van een zorgaanbieder met een andere kwalificatie dan in deze verzekeringsvoorwaarden is vermeld. Deze toestemming moet De Friesland u dan voorafgaand aan de behandeling hebben verleend.
- c. De inhoud en omvang van de verzekerde zorg of diensten worden onder andere bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en -bij het ontbreken van een zodanige maatstaf- door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- d. U heeft recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.
- e. De vraag of u behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde dienst wordt uitsluitend op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
- f. U heeft geen recht op zorg of diensten die kunnen worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering.

Voorwaardelijk toegelaten zorg

Ook zorg en/of diensten die (nog) niet aan de in artikel 2.7.1 onder c. genoemde criteria voldoen kunnen onder voorwaarden als verzekerde zorg worden toegelaten. De volgende zorg is voorwaardelijk toegelaten:

- a. tot 1 oktober 2019 behandeling van coloncarcinoom met adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1°;
- b. tot 1 juli 2019 behandeling met tumorinfiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°;
- c. tot 1 oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vettransplantatie, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1°;
- d. tot 1 december 2020 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische discectomie, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°;
- e. tot 1 januari 2020 behandeling van medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn met occipitale zenuwstimulatie voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°;

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.

Zorgverzekeringswet

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.