

Voorwaardelijke toelatingen.

Sinds 1 januari 2012 kan de minister van VWS besluiten om zorg die niet voldoet aan het wettelijke criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' toch, voor een bepaalde periode, toe te laten tot het verzekerde pakket. Daaraan wordt de voorwaarde verbonden dat in dat tijdsbestek gegevens worden verzameld over de effectiviteit van de zorg. Aan de hand van deze gegevens kan na afloop van de periode van voorwaardelijke toelating worden vastgesteld of de zorg definitief onderdeel kan zijn van het verzekerde pakket. Op dit moment zijn de volgende voorwaardelijke toelatingen van toepassing:

Lid 1

- Tot 1 januari 2016 bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van de behandeling van chronische a-specifieke lage rugklachten (klachten waar geen duidelijke oorzaak voor gevonden kan worden) met toepassing van anesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg. Als een behandeling van chronische a-specifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie voor 1 januari 2014 is aangevangen en volgens de Zorgverzekering werd vergoed, dan vergoedt de verzekeraar de afronding van deze behandeling tot 1 januari 2016 indien de indicatie en behandeling overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd.
- Tot 1 januari 2017 bestaat aanspraak op vergoeding van kosten voor behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg. Als de behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie voor 1 januari 2014 is aangevangen en volgens de Zorgverzekering werd vergoed, dan vergoedt de verzekeraar de afronding van deze behandeling tot 1 januari 2017 indien de indicatie en behandeling overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd.
- Tot 1 januari 2017 bestaat aanspraak op vergoeding van kosten voor behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie indien de verzekerde deelneemt aan de gerandomiseerde multicenter studie "Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN) of aan observationeel onderzoek als bedoeld in het tweede lid, onderdeel b, naar deze zorg. Als de behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie voor 1 januari 2014 is aangevangen en volgens de Zorgverzekering werd vergoed, dan vergoedt de verzekeraar de afronding van deze behandeling tot 1 januari 2017 indien de indicatie en behandeling overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in de gerandomiseerde multicenter studie "Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN).
- Tot 1 januari 2018 bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor transluminale endoscopische step-up benadering bij patiënten met geïnfecteerde pancreasnecrose, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg.
- Tot 1 januari 2018 bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor autologe stamceltransplantaties bij therapie-refractaire patiënten met de ziekte van Crohn, voor zover

- de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg.
- Tot 1 juli 2019 bestaat aanspraak op de kosten voor behandeling met belimumab van volwassen patiënten met actieve auto-antilichaampositieve systemische lupus erythematosus met een hoge mate van ziekte-activiteit en met een geschiedenis van behandelfalen op de standaardbehandeling, voor zover de verzekerde deelneemt aan het onderzoek naar de effectiviteit naar deze zorg of het onderzoek als bedoeld in het tweede lid, onderdeel b.
 - Tot 1 juli 2019 bestaat aanspraak op de kosten voor behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg.
 - Tot 1 oktober 2019 bestaat aanspraak op de kosten voor behandeling van coloncarcinoom met adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie, voor zover verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg.
 - Tot 1 januari 2020 bestaat aanspraak op de kosten voor behandeling van lumbasocraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische dissectomie voor zover verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg.
 - Tot 1 april 2020 bestaat aanspraak op de kosten voor behandeling van borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg.
 - U heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor de behandeling van functioneel urologische en/of medisch seksuologische klachten door een medisch seksuoloog bij De Boer Mannengezondheid en Zorg (www.dbmgz.nl). Functionele urologie omvat
 - obstructie van de blaas, bij onder andere goedaardige prostaatvergroting met obstructieklachten zoals zwakke straal, nadruppelen, moeizaam op gang komen van de straal en na het plassen het gevoel onvolledig te hebben geplast,
 - overactieve blaas met opslagklachten zoals vaak en kleine beetjes plassen, of met grote aandrang om te plassen,
 - bekkenbodemplachten: pijn en urineweginfecties en ontsteking van de prostaat, en
 - bloed in de urine of in het sperma. Medische seksuologie omvat seksuele dysfuncties zoals problemen met seksuele lustgevoelens (libidostoornissen), erectieproblemen, problemen met het orgasme (klaarkomen): vroegtijdige of te trage zaadlozing of helemaal geen orgasme en pijn bij het vrijen.

De Minister heeft een regeling getroffen voor het toestromen van nieuwe dure intramurale geneesmiddelen. Deze middelen worden tijdelijk in een zogenaamde sluis geplaatst. De sluisperiode wordt gebruikt om het middel te beoordelen en om een prijs te onderhandelen. Wanneer dit is afgerond besluit de minister over het alsnog toelaten van het middel tot de verzekerde zorg. Wie het nodig heeft, heeft altijd aanspraak op vergoeding van het geneesmiddel al tijdens deze sluisperiode.

Lid 2

Als onderzoek naar zorg wordt aangemerkt:

- hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd, en

- aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht indien:
 - de verzekerde, behoudens de zorginhoudelijke criteria, niet voldoet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek,
 - de verzekerde niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of
 - de verzekerde heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor die verzekerde is voltooid.