

Anoniem Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202202384

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
 - 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekering N.V. te Amersfoort,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van een consult bij het B12 Institute in 2022, ten bedrage van € 368,-, te vergoeden.
De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de zorg bij het B12 Institute niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en dat verzoekster niet redelijkerwijs is aangewezen op de behandeling en de consulten bij het B12 Institute. Daarnaast heeft hij zich op het standpunt gesteld dat geen sprake is van doelmatige zorg.
- 1.2. De commissie overweegt dat het Zorginstituut in zijn advies aan de commissie tot de conclusie komt dat behandeling - oraal of intramusculair - met vitamine B12 vanwege een vitamine B12 tekort voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster is daarnaast redelijkerwijs aangewezen op levenslange behandeling met vitamine B12 injecties. In een aanvullend advies aan de commissie concludeert het Zorginstituut dat verzoekster daarentegen niet redelijkerwijs is aangewezen op (monitorings)consulten bij het B12 Institute. De commissie volgt het Zorginstituut hierin zodat de in het geding zijnde nota voor een consult niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt.
Verzoekster heeft aangevoerd dat de kosten van (monitorings)consulten in het verleden wel zijn vergoed en dat de ziektekostenverzekeraar haar had moeten informeren. De commissie overweegt dat het enkele feit dat de ziektekostenverzekeraar eerdere (monitorings)consulten heeft vergoed, niet met zich brengt dat hij ook gehouden is het onderhavige consult te vergoeden, waarbij sprake is van niet onder de dekking van de zorgverzekering vallende zorg. Er kunnen evenwel omstandigheden zijn die aanleiding geven van deze hoofdregel af te wijken. Verzoekster heeft in dit verband gesteld - en de ziektekostenverzekeraar heeft dit niet of onvoldoende weersproken - dat zij eind 2021 telefonisch bij de ziektekostenverzekeraar navraag heeft gedaan naar de vergoeding in 2022, waarbij haar werd bevestigd dat deze zou worden voortgezet, en dat de ziektekostenverzekeraar in januari 2022, na afloop van de door hem getroffen overgangsregeling, nog een (monitorings)consult bij B12 Institute heeft vergoed. Gelet op het voorgaande is de

commissie van oordeel dat de kosten van het (monitorings)consult alsnog eenmalig moeten worden vergoed.

De commissie wijst het verzoek toe.

- 1.3. Hierna wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 31 juli 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 10 augustus 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 26 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 27 september 2023 aan verzoekster gestuurd. Bij brief van 3 oktober 2023 en e-mailbericht van 5 oktober 2023 heeft verzoekster aanvullende stukken aan de commissie gezonden. Kopieën hiervan zijn op 5 oktober 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 26 oktober 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023043638) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is, eveneens op 26 oktober 2023, 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 22 november 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 8 december 2023 aan het Zorginstituut gestuurd. Hierbij zijn door de commissie nadere vragen gesteld. Bij brief van 21 december 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een aanvullend advies uitgebracht. Een kopie van dit advies is op 22 december 2023 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 31 december 2023 heeft verzoekster gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 15 januari 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Voorts is het nagekomen stuk op 15 januari 2024 in kopie aan het Zorginstituut gestuurd met de vraag de commissie mee te delen of het advies van 21 december 2023 aanpassing behoeft. Bij brief gedateerd 15 januari 2024, die door de commissie is ontvangen op 16 januari 2024, heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het advies van 21 december 2023 als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Eigen Keuze (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvulling Extra (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster is bekend met pernicieuze anemie. Op 22 augustus 2022 heeft verzoekster de nota van een consult bij het B12 Institute ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. Op 25 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de declaratie is afgewezen.

- 3.4. Verzoekster heeft bij brief van 3 oktober 2022 de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 17 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de ingediende declaratie niet wordt nabetaald. Bij brief van 9 november 2022 heeft verzoekster nogmaals om heroverweging van de afwijzende beslissing gevraagd. Op 14 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 26 oktober 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 21 december 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader advies uitgebracht.
- 3.7. Bij brief van 15 januari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van het consult bij het B12 Institute in 2022, ten bedrage van € 368,-, alsnog te vergoeden.
- 4.2. Verzoekster heeft in dit verband bij brief van 31 juli 2023 gesteld dat de ziektekostenverzekeraar zijn oordeel dat de zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk ten onrechte heeft gebaseerd op een NHG-standpunt dat dateert uit 2014 en wetenschappelijke artikelen uit 2005 en 2010. Verzoekster verwijst naar een publicatie uit 2019, waarin de onderbouwing van de ziektekostenverzekeraar dat niet aan voornoemd criterium is voldaan, onderuit wordt gehaald.
- 4.3. In haar brief van 4 oktober 2022 bestrijdt verzoekster dat het toedienen van vitamine B12 in tabletvorm even effectief is als het injecteren hiervan. Bij patiënten met pernicieuze anemie of de ziekte van Addison Biermer is sprake van atrofische gastritis waardoor het eiwit Intrinsic Factor ontbreekt. Dit eiwit is essentieel voor de opname van vitamine B12 via de voeding. Als het eiwit ontbreekt, kan vitamine B12 alleen door het lichaam worden opgenomen via injecties. Bij deze vorm van vitamine B12 tekort is het levenslang injecteren van vitamine B12 dan ook geïndiceerd.
- 4.4. Bij brief van 9 november 2022 heeft verzoekster aangevoerd dat haar behandelaar bij het B12 Institute beschikt over een zelfstandige WTZi beschikking van het CIBG voor het leveren van medisch specialistische zorg rondom het diagnosticeren en uitsluiten van de ziekte pernicieuze anemie of de ziekte van Addison Biermer. De diagnose pernicieuze anemie is gesteld door een MDL-arts van het CWZ in Nijmegen. Deze arts heeft verzoekster via haar huisarts verwezen naar het B12 Institute, omdat de expertise van dit instituut gewenst was. De ziektekostenverzekeraar is ten onrechte op de stoel van de behandelend medisch specialist gaan zitten.
- 4.5. Bij brief van 3 oktober 2023 en e-mailbericht van 5 oktober 2023 heeft verzoekster toegelicht dat zij ook in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar was verzekerd tegen ziektekosten. In dat jaar zijn de behandelingen bij het B12 Institute vergoed. In november 2021 heeft verzoekster nog bij de ziektekostenverzekeraar nagevraagd of de behandeling bij het B12 Institute wordt vergoed. Dit is toen telefonisch aan haar bevestigd. In januari 2022 zijn de kosten voor een behandeling bij het B12 Institute nog volledig vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft haar eind 2021 of in 2022 niet geïnformeerd over een wijziging in de vergoeding van het B12 Institute. Zij heeft hierover geen brief ontvangen.
Het NHG-standpunt, waar de ziektekostenverzekeraar naar verwijst, betreft een advies voor huisartsen. De klachten van verzoekster waren echter dermate ernstig dat de huisarts en de

behandelend MDL-arts haar hebben doorverwezen naar een medisch specialist van het B12 Institute, omdat daar specifieke kennis over de behandeling van pernicieuze anemie aanwezig is. Van de drie artikelen waarmee het NHG het standpunt uit 2014 onderbouwt zijn er volgens de behandelend arts twee van niet al te hoge kwaliteit. Verzoekster heeft in dit verband een artikel overgelegd waarin een uitgebreide literatuurstudie wordt beschreven inzake de vergelijking van B12 suppletie met injecties versus suppletie in tabletvorm. De onderzoekers concluderen overtuigend dat er geen enkel bewijs is dat tabletten en injecties even effectief zijn.

- 4.6. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de artsen van het B12 Institute BIG-geregistreerd zijn en veel kennis hebben van de diagnose en behandeling van pernicieuze anemie. Zij verwijst naar het Farmacotherapeutisch kompas en merkt op dat B12 injecties zijn geregistreerd voor de behandeling van symptomatisch vitamine B12 tekort. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie gesteld dat de zorg die het B12 Institute levert, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Vervolgens moest verzoekster aantonen dat zij bekend is met pernicieuze anemie. Toch is de aanvraag afgewezen. Een medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster mondeling geïnformeerd dat de kosten wel zouden worden vergoed als zij op dezelfde manier in een regulier ziekenhuis was behandeld. Verzoekster vraagt zich af of in deze kwestie sprake kan zijn van het hinderpaalcriterium.

In zijn advies aan de commissie merkt het Zorginstituut op dat de ziektekostenverzekeraar stelt dat er geen bewijs is dat intramusculaire toediening van vitamine B12 beter is dan orale toediening. Volgens professor Wolffenbuttel is er daarentegen geen enkel bewijs dat orale suppletie even goed de klachten vermindert als injecties dit doen. Vervolgens merkt het Zorginstituut op dat een vitamine B12 tekort volgens het NHG-standpunt wordt veroorzaakt door malabsorptie. Hieraan kan atrofische gastritis ten grondslag liggen. De behandeling bestaat uit dagelijkse suppletie van 1000 mg vitamine B12. Dit kan volgens het NHG-standpunt zowel oraal als intramusculair worden ingenomen, omdat van dergelijk hoge doseringen, ook als er een opnameprobleem zou bestaan, voldoende wordt opgenomen door passieve diffusie. Vitamine B12 per intramusculaire injectie is volgens het NHG-standpunt alleen aangewezen bij ernstige (neurologische) symptomen, slikproblemen, problemen met therapietrouw en bijwerkingen van tabletten. Verzoekster heeft in reactie hierop aangevoerd dat passieve diffusie kan variëren van 0 tot 2%. Als een patiënt maar 0 of 0.1% opneemt, is deze passieve diffusie absoluut onvoldoende. Daarnaast heeft zij gewezen op haar ernstige (neurologische) symptomen en heeft zij opgemerkt dat het NHG-standpunt in 2014 is geschreven door huisartsen zonder aanwijsbare kennis van een vitamine B12 tekort. Ook wijst het Zorginstituut op een narratieve review, een systematische review en een klinische studie, waarbij het effect van de orale toediening van vitamine B12 suppletie werd vergeleken met intramusculaire toediening. De conclusie van deze referenties was dat orale toediening niet tot een significant lagere vitamine B12 spiegel leidde dan intramusculaire toediening, onafhankelijk van de reden van vitamine B12 deficiëntie. Verzoekster merkt hierover op dat significant minder deelnemers normale B12 spiegels haalden bij orale suppletie. Echter, de behandeling richt zich op verdwijnen en afwezig blijven van symptomen. Er is de afgelopen jaren geen enkele studie gepubliceerd die laat zien dat orale suppletie even goed werkt op symptomen als injecties.

Daarnaar gevraagd heeft verzoekster toegelicht dat het consult ging over de aandoening B12 tekort. Tijdens het consult wordt een vinger aan de pols gehouden. De uitslag van het bloedonderzoek, waarbij verschillende waardes worden gecontroleerd, wordt besproken. Ook gaat het consult over de opvolging van de ontwikkeling van de klachten. Daarnaast komt aan de orde hoeveel vitamine B12 zij moet injecteren en met welke frequentie. Verzoekster is een paar maanden onder behandeling geweest bij een MDL-arts. Gedurende deze behandeling bleek zij een ernstig vitamine B12 tekort te hebben. Zij had ernstige klachten en is op advies van de MDL-arts direct gestart met B12 injecties. Op enig moment heeft de MDL-arts te kennen gegeven dat hij niet voldoende wist van de aandoening en heeft hij verzoekster geadviseerd naar een specialist te gaan. Verzoekster is door haar MDL-arts, via de huisarts, doorverwezen naar het B12 Institute. Het recept voor de vitamine B12 injecties wordt voorgeschreven door de internist van het B12 Institute. Verzoekster haalt de B12 injecties bij de apotheek en injecteert zichzelf.

Ter zitting heeft verzoekster herhaald dat eind 2021 aan de ziektekostenverzekeraar is gevraagd of zorg bij het B12 Institute het volgende jaar ook zou worden vergoed. Zij stelt dat dit toen aan

haar is bevestigd. In januari 2022 is nog een declaratie vergoed. Volgens verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar haar niet tijdig laten weten dat de zorg van het B12 Institute niet meer zou worden vergoed. De keuze voor een andere zorgaanbieder werd haar hierdoor ontnomen.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van het consult bij het B12 Institute in 2022. Bij brief van 8 maart 2023 heeft hij toegelicht dat het feit dat hij in het verleden consulten van het B12 Institute heeft vergoed, niet betekent dat de door dit instituut verleende zorg toen wél voldeed aan de stand van de wetenschap en praktijk en/of dat verzoekster er toen wél op was aangewezen. Suppletie van vitamine B12 per injectie of tablet voldoet alleen aan de stand van de wetenschap en praktijk als er ook daadwerkelijk een tekort aan vitamine B12 is. Daarnaast beschikt de ziektekostenverzekeraar op dit moment over onvoldoende informatie om te beoordelen of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op vitamine B12 injecties. Hij heeft hiervoor al meerdere malen aanvullende informatie opgevraagd.
- 5.2. Bij brieven van 14 december 2022 en 21 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de zorg die door het B12 Institute wordt geleverd niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Na het controleren van de behandelingen bij het B12 Institute is geconcludeerd dat de zorg die wordt geleverd niet voldoet aan voornoemd criterium. Daarop heeft de ziektekostenverzekeraar besloten deze behandelingen niet meer te vergoeden vanaf oktober 2021. Hierover heeft hij het B12 Institute rechtstreeks geïnformeerd. Dit is echter niet met verzoekster gecommuniceerd en daarom heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de behandelingen van verzoekster tussen 1 oktober 2021 en 1 januari 2022 uit coulance te vergoeden.
- Op grond van het onderzoek waarnaar verzoekster verwijst kan niet worden geconcludeerd dat de aangevraagde zorg wél voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het overgelegde artikel beschrijft een onderzoek dat niet gaat over de effectiviteit van verschillende vormen van behandeling van een vitamine B12 tekort. In het artikel wordt alleen gesteld dat niet is bewezen dat orale vitamine B12 suppletie even effectief is als suppletie in de vorm van injecties. De auteurs van het artikel zijn het niet eens met het NHG-standpunt 'Diagnostiek van vitamine B12 deficiënties'. De ziektekostenverzekeraar ziet echter geen aanleiding om te twifelen aan dit standpunt.
- 5.3. In zijn brieven van 6 april 2023 en 14 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat verzoekster niet is aangewezen op suppletie van vitamine B12 door middel van injecties. Uit het dossier blijkt namelijk niet dat het vitamine B12 tekort van verzoekster niet kan worden behandeld door middel van tabletten. Dit is nog niet geprobeerd. Niet gebleken is dat dit op voorhand ineffectief zou zijn. Verzekerden met een daadwerkelijk vitamine B12 tekort zijn meestal niet aangewezen op vitamine B12 injecties. Ook voor de ziekte van Addison Biermer geldt dat tabletten in principe volstaan. De ziektekostenverzekeraar verwijst hierbij naar een advies van het Zorginstituut aan de commissie van 10 juni 2020. Volgens de ziektekostenverzekeraar volstaat het gebruik van vitamine B12 tabletten ook bij pernicieuze anemie. Dit blijkt uit het eerder genoemde NHG-standpunt over vitamine B12, waarin wordt verwezen naar verschillende studies hierover.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 29 juni 2023 toegelicht dat het consult waarvoor thans vergoeding wordt gevraagd ging over vitamine B12 injecties. Nu verzoekster op die injecties niet redelijkerwijs is aangewezen, komt ook het consult niet voor vergoeding in aanmerking.
- Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 17 oktober 2023 aangevoerd dat de zorg niet doelmatig is. Vitamine B12 in tabletvorm is net zo effectief als injecties en dan heeft de tabletvorm de voorkeur, omdat dit minder kosten met zich brengt.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog toegelicht dat hij kritisch is op de zorg die het B12 Institute levert, omdat dit vaak zorg is die niet voldoet aan de stand van

de wetenschap en praktijk. Het is gebleken dat dit soort klinieken vaak suppleert als er helemaal geen vitamine B12 tekort bestaat. Daarbij hoeft de zorg die het B12 Institute levert niet in een kliniek plaats te vinden. De controle op de behandeling met vitamine B12 kan ook door de huisarts worden gedaan. Suppletie van vitamine B12 kan effectief zijn om een vitamine B12 tekort te verhelpen, maar dit moet primair gebeuren met tabletten. Tabletten zijn goedkoper en kunnen bij de drogist worden gekocht. Het NHG schrijft standaard 1000 mg per dag voor. De kosten hiervoor bedragen € 15,- tot € 20,-. De injecties en consulten zijn veel duurder.

De ziektekostenverzekeraar bestrijdt niet dat verzoekster is aangewezen op suppletie van vitamine B12. Hij bestrijdt wél dat dit moet gebeuren in de vorm van injecties. En zelfs als verzoekster injecties nodig zou hebben, dan was het consult waarvoor thans vergoeding wordt gevraagd, onnodig.

De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat hij de conclusie van het Zorginstituut onbegrijpelijk vindt. Volgens het Zorginstituut zijn twee manieren van suppletie mogelijk, maar is niet gebleken dat de ene manier beter is dan de andere. Vervolgens merkt het Zorginstituut op dat injecties wel duurder zijn dan tabletten en dat verzoekster is aangewezen op de injecties. Ook bij de vraag of iemand redelijkerwijs is aangewezen op bepaalde zorg kunnen de kosten van die zorg worden meegenomen. Verzoekster is in de eerste plaats aangewezen op tabletten. Als mocht blijken dat zij hiermee niet uit kan, dan kan zij mogelijk zijn aangewezen op injecties. Dat intramusculaire toediening even effectief is als orale toediening is niet onomstotelijk gebleken. Ook het NHG schrijft voor dat een patiënt begint met suppletie door tabletten en pas injecties gaat proberen als daartoe redenen zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij opgemerkt dat het Zorginstituut wel degelijk studies heeft gevonden waaruit blijkt dat orale toediening niet tot een significant lagere vitamine B12 spiegel leidt dan intramusculaire toediening. De gemiddelde passieve diffusie van tabletten kan 1% zijn. Het kan zijn dat de opname bij een patiënt lager is en dat dit reden is om over te gaan op injecties. Daartoe moet suppletie door middel van tabletten wel eerst zijn geprobeerd.

De ziektekostenverzekeraar heeft tot slot toegelicht dat het hier gaat om een vergoedingswijziging die niet het gevolg is van een wijziging in de voorwaarden van de zorgverzekering. Het is een wijziging in de beoordeling van de zorg. Hierover hoeft een verzekerde niet vooraf schriftelijk te worden geïnformeerd. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat behandeltrajecten van vóór oktober 2021 worden vergoed. Mogelijk is de behandeling van verzoekster doorgelopen tot in januari 2022 en is de declaratie daarom nog vergoed.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 26 oktober 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Hoewel uit het dossier is af te leiden dat in tweede instantie niet in geschil is dat een behandeling van pernicioze anemie met vitamine B12 suppletie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zal het Zorginstituut hier bij de beoordeling toch op ingaan. Reden hiervoor is dat de geschillencommissie het Zorginstituut heeft gevraagd dit te doen.

Standpunt vitamine B12 deficiëntie

Er is geen Nederlandse specialistenrichtlijn over vitamine B12 deficiëntie. Er is wel het Standpunt Diagnostiek van vitamine B12 deficiëntie van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de NHG-Standaard Anemie, beide uit 2014. Daarnaast wordt in het rapport Screeningsfase-Systematische analyse endocriene ziekten, voedings- en stofwisselingsstoornissen van het Zorginstituut uit 2018 de beste diagnostiek en behandeling van vitamine B12 tekort besproken. Hierin wordt ook verwezen naar het NHG-Standpunt.

Een vitamine B12 tekort (-Standpunt veroorzaakt door malabsorptie. Hieraan kan atrofische gastritis ten grondslag liggen. De behandeling bestaat uit dagelijkse suppletie van 1000 mcg

vitamine B12. Dit kan volgens het genoemde NHG-standpunt zowel oraal als intramusculair worden ingenomen, omdat van dergelijk hoge doseringen, ook als er een opnameprobleem zou bestaan, voldoende wordt opgenomen door passieve diffusie. Vitamine B12 per intramusculaire injectie is volgens het NHG-standpunt alleen aangewezen bij ernstige (neurologische) symptomen, slikproblemen, problemen met therapietrouw en bijwerkingen van tabletten. In een eerder geschil, waarnaar verweerder refereert, was door het Zorginstituut geconcludeerd dat verzoeker niet redelijkerwijs was aangewezen op intramusculaire vitamine B12 suppletie. Echter, hierbij was er überhaupt geen sprake meer van een vitamine B12 tekort, en ook geen noodzaak tot levenslange (intramusculaire) suppletie. In voornoemd rapport van het Zorginstituut wordt aangegeven dat partijen het nog niet eens zijn over de beste toedieningswijze van vitamine B12; intramusculair of oraal. De beste behandeling (tabletten of injecties) bij een vitamine B12-tekort is op de kennisagenda van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) geplaatst. Bij telefonische navraag op 24 augustus 2023 bij de NIV, in het kader van een ander geschil, blijkt dat hier nog geen document van is verschenen.

Recente studies met betrekking tot vitamine B12

Op 24 augustus 2023 is, ook in het kader van een ander geschil, door het Zorginstituut een zoekopdracht uitgevoerd naar klinische studies vanaf 2018 met betrekking tot vitamine B12 deficiëntie: diagnostiek of behandeling. De meeste studies betroffen vitaminedeficiëntie of -suppletie in het kader van een (chronische) aandoening zoals Parkinson, maagkanker, Alzheimer, diabetes of fibromyalgie.

Er werden een narratieve review, een systematische review (abstract) en een klinische studie gevonden, waarbij het effect van de orale toedieningsroute van vitamine B12 suppletie werd vergeleken met de intramusculaire route. De conclusie van deze referenties was dat orale toediening niet tot een significant lagere vitamine B12 spiegel leidde dan intramusculaire toediening, onafhankelijk van de reden van vitamine B12 deficiëntie.

In het in het dossier bijgevoegde artikel van Wolffenbuttel met een klinische les over de vele gezichten van de vitamine B12 deficiëntie, wordt onder andere aangegeven dat traditioneel vitamine B12 per injectie (intramusculair) wordt toegediend. De schrijver betoogt dat er weinig bewijs is dat orale toediening even effectief is als intramusculaire toediening. Hierbij wordt ook verwezen naar een recente Cochrane review uit 2018. De conclusie van de Cochrane onderzoekers na beoordeling van drie RCT's was, dat er bewijs is van lage kwaliteit dat orale en intramusculaire vitamine B12 dezelfde effecten hebben met betrekking tot het normaliseren van plasmaspiegels. Wel is orale toediening goedkoper. Er wordt aangeraden om in toekomstige trials betere randomisatie en blindering toe te passen, meer deelnemers te rekruteren, en ook naar meer patiënt gerelateerde uitkomsten te kijken, zoals klachten en kwaliteit van leven.

Indicatie bij verzoekster

Bij verzoekster is in 2019 een auto-immuun gastritis vastgesteld met klachten mogelijk passend bij een vitamine B12 deficiëntie en tevens een verlaagde vitamine B12 bloedspiegel van 158 pmol/L. Daarmee is er een indicatie gesteld voor levenslange suppletie met vitamine B12. Uit bovenstaande standpunten en studies blijkt dat beide toedieningswijzen van vitamine B12, intramusculair of oraal, voldoen aan het criterium van de stand van de wetenschap en de praktijk. Partijen in het veld zijn het nog niet eens over de beste toedieningswijze van vitamine B12. Ook uit recente studies met betrekking tot vitamine B12 en uit het door verzoekster aangebrachte artikel blijkt niet onomstotelijk dat orale toediening van vitamine B12 even effectief is als intramusculaire toediening. Wel is orale toediening goedkoper. Of verweerder om die reden kan weigeren de kosten voor B12 injecties te vergoeden is een doelmatigheidsvraag waarover het Zorginstituut niet kan adviseren.

Conclusie

Een behandeling van een vitamine B12 tekort met suppletie van vitamine B12, oraal of intramusculair, voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verzoekster

redelijkerwijs is aangewezen op (een indicatie heeft voor) een levenslange behandeling met vitamine B12 injecties.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: de kosten voor de vitamine B12 injecties komen bij verzoekster voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering".

- 6.2. In het nader advies van 21 december 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen.

Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

Uit het voorlopig advies van het Zorginstituut volgt dat verzoekster een indicatie heeft voor levenslange suppletie met vitamine B12. U vraagt het Zorginstituut of het (monitorings)consult bij het B12 Institute ook voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de zorgverzekering.

In de richtlijnen wordt niet beschreven in welke gevallen en met welke frequentie (monitorings)consulten plaats dienen te vinden bij een levenslange behandeling met vitamine B12 injecties in het kader van pernicieuze anemie. In principe kan, na het vaststellen van de indicatie door de medisch specialist, de behandeling van een vitamine B12 tekort overgenomen worden door de huisarts en dus plaats vinden in de eerstelijns. Het voorschrijven en toedienen van vitamine B12 per injectie dient onder verantwoordelijkheid van een arts te geschieden, en dit kan ook de huisarts zijn. Op geleide van de klachten wordt zo nodig de frequentie van toediening van vitamine B12 aangepast. Controle van de bloedspiegel van vitamine B12 is, zoals bekend, niet zinvol. Wanneer daar een aanleiding toe is kan de huisarts de patiënt (terug)verwijzen naar een medisch specialist.

Het Zorginstituut concludeert dat verzoekster niet redelijkerwijs is aangewezen op monitoringsconsulten bij het B12 Institute, aangezien niet is aangetoond dat het noodzakelijk is dat verzoekster wordt behandeld door een medisch specialist.

Tot slot merkt het Zorginstituut het volgende op naar aanleiding van de stelling van verweerder dat bij de beoordeling of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op bepaalde zorg, de kosten van die zorg kunnen worden meegenomen. Dit is niet het geval. Of een verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op zorg, behelst slechts een medische indicatie en geen financiële afweging. Het behoort niet tot de adviestaak van het Zorginstituut om de doelmatigheid van zorg te beoordelen."

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 17 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 de stand van de wetenschap en praktijk, het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' en

medisch specialistische zorg 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.

- 8.2. Verzoekster wordt behandeld door een internist, verbonden aan het B12 Institute. Zoals zij ter zitting heeft toegelicht, haalt verzoekster de door de medisch specialist voorgeschreven B12 injecties bij de apotheek en injecteert zij zichzelf. De behandeling bij het B12 Institute bestaat aldus alleen uit (monitorings)consulten.
De zorgverzekering biedt dekking voor geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De aanspraak hierop is geregeld in artikel 18.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.4, eerste lid, Bzv.
- 8.3. De ziektekostenverzekeraar heeft als meest vèrgaande argument aangevoerd dat de zorg die wordt geleverd door het B12 Institute niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zodat geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Daarnaast heeft hij gesteld dat verzoekster niet redelijkerwijs is aangewezen op behandeling met vitamine B12 injecties en de consulten die daarbij horen. Voorts heeft hij zich op het standpunt gesteld dat geen sprake is van doelmatige zorg.
- 8.4. Gelet op de door de ziektekostenverzekeraar aangevoerde argumenten moet in de eerste plaats worden beoordeeld of de behandeling van een vitamine B12 tekort met suppletie van vitamine B12 voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 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.
- 8.5. 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.
- 8.6. 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 voor de commissie.
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 (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.
- 8.7. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd. Het advies van 26 oktober 2023 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut concludeert dat een behandeling van vitamine B12 tekort met suppletie van vitamine B12, oraal of intramusculair, voldoet aan het criterium van de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. De commissie ziet geen reden van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken. Dit betekent dat sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering.
- 8.8. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt gesteld dat verzoekster niet redelijkerwijs is aangewezen op behandeling met vitamine B12 injecties, waarbij hij heeft aangetekend dat hierbij ook het kostenaspect moet worden meegewogen.
In zijn advies aan de commissie van 26 oktober 2023 merkt het Zorginstituut op dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan worden geconcludeerd dat verzoekster redelijkerwijs

is aangewezen op een levenslange behandeling met vitamine B12 injecties. Het kostenaspect speelt in het kader van deze beoordeling geen rol. De doelmatigheidsvraag is niet ter beantwoording van het Zorginstituut. De commissie ziet geen reden om van die conclusie af te wijken en neemt deze over. Dit betekent dat bij verzoekster een verzekeringsindicatie bestaat voor een levenslange behandeling met vitamine B12 injecties. De commissie merkt op dat het onderhavige geschil geen betrekking heeft op de vergoeding van de vitamine B12 injecties. Voor zover bekend zijn de kosten hiervan door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Om die reden kan de beoordeling van de doelmatigheid van vitamine B12 injecties achterwege blijven.

- 8.9. Zoals eerder is opgemerkt, heeft het onderhavige geschil betrekking op het (monitorings)consult bij het B12 Institute in 2022.

In het aanvullend advies van 21 december 2023 aan de commissie is het Zorginstituut specifiek ingegaan op de vraag of verzoekster - ook - redelijkerwijs is aangewezen op deze (monitorings)consulten. In dat verband merkt het Zorginstituut op dat de behandeling van een vitamine B12 tekort kan worden overgenomen door een huisarts na het vaststellen van de indicatie door een medisch specialist. Het voorschrijven en toedienen van vitamine B12 per injectie dient onder de verantwoordelijkheid van een arts te geschieden, en dit kan ook de huisarts zijn. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat verzoekster niet redelijkerwijs is aangewezen op (monitorings)consulten bij het B12 Institute, aangezien niet is aangetoond dat het noodzakelijk is dat zij wordt behandeld door een medisch specialist. De commissie ziet geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt deze over. Dit betekent dat bij verzoekster geen verzekeringsindicatie bestaat voor het (monitorings)consult bij het B12 Institute in 2022, ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen de ziektekostenverzekeraar in dit verband heeft aangevoerd over de doelmatigheid behoeft om die reden geen verdere bespreking.

- 8.10. Verzoekster heeft aangevoerd dat de kosten van de (monitorings)consulten in het verleden wel zijn vergoed en dat de ziektekostenverzekeraar haar had moeten informeren over de voorwaardenwijziging. Nu dit niet is gebeurd, is haar de keuze ontnomen zich te wenden tot een andere zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar dient het notabedrag daarom te vergoeden. De commissie stelt vast dat de verzekeringsvoorwaarden niet tussentijds zijn gewijzigd, maar dat de ziektekostenverzekeraar vanaf oktober 2021 ervoor heeft gekozen behandelingen bij het B12 Institute niet meer te vergoeden, omdat uit controles zou zijn gebleken dat bij het B12 Institute niet verzekerde zorg werd geleverd. Door de ziektekostenverzekeraar is verklaard dat hij aanvankelijk alleen het B12 Institute heeft geïnformeerd dat hij behandelingen niet meer zal vergoeden vanaf oktober 2021. Pas bij brief van 14 december 2022 heeft hij verzoekster zelf hierover benaderd.

In deze brief is tevens opgenomen dat een overgangsregeling geldt tussen oktober 2021 en januari 2022, waarbij zorg van het B12 Institute uit coulance wordt vergoed.

De commissie overweegt dat het enkele feit dat de ziektekostenverzekeraar eerdere (monitorings)consulten bij het B12 Institute heeft vergoed, niet met zich brengt dat hij ook gehouden is het onderhavige consult te vergoeden, waarbij sprake is van niet onder de dekking van de zorgverzekering vallende zorg, omdat verzoekster hierop niet redelijkerwijs was aangewezen. Er kunnen evenwel omstandigheden zijn die aanleiding geven van deze hoofdregel af te wijken.

Verzoekster heeft in dit verband gesteld dat zij eind 2021 telefonisch navraag heeft gedaan bij de ziektekostenverzekeraar, naar de vergoeding van de consulten bij het B12 Institute in 2022. Haar werd bevestigd dat de kosten, als voorheen, zouden worden vergoed. Voorts heeft zij aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar in januari 2022, derhalve na afloop van de door hem voor haar, blijkens zijn brief van 14 december 2022, getroffen overgangsregeling, nog een (monitorings)consult bij B12 Institute heeft vergoed. Dit alles is door de ziektekostenverzekeraar niet of onvoldoende weersproken. Dat mogelijk sprake zou zijn van een vóór oktober 2021 gestart behandeltraject, zoals de ziektekostenverzekeraar heeft gesteld, is niet gebleken.

Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat de kosten van het (monitorings)consult alsnog eenmalig moeten worden vergoed.

Slotsom

8.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie beslist dat:

(i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten het (monitorings)consult bij het B12 Institute in 2022, ten bedrage van € 368,-, aan verzoekster te vergoeden.

(ii) de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster moet vergoeden.

Zeist, 11 maart 2024,

L. Ritzema

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. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverlener

Een natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent.

Zorgverzekeraar

ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.

Zvw-pgb

Persoonsgebonden budget volgens de Zorgverzekeringswet.

Artikel 2 Grondslag van de verzekering

Deze basisverzekering kan worden afgesloten door of voor:

- elke verzekeringsplichtige in Nederland;
- in het buitenland woonachtige verzekeringsplichtigen.

Deze verzekeringsovereenkomst betreft een Restitutieverzekering en is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet met toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering met toelichtingen;
- Regeling zorgverzekering met toelichtingen;
- het door de verzekeringnemer of diens vertegenwoordiger ingevulde (digitale) aanvraagformulier;
- de door het CAK aangeleverde gegevens van een ambtshalve aangemelde verzekerde.

De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt de verzekeringnemer jaarlijks van ons.

U ontvangt een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgaanbieder tonen bij het invoeren van zorg. Daarna heeft u recht op vergoeding van zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

De kosten van zorg kunt u of de zorgaanbieder bij ons declareren. Wij vergoeden de kosten volgens de voorwaarden zoals hieronder beschreven in Artikel 3. Het eigen risico en eventuele wettelijke eigen bijdragen komen voor uw eigen rekening.

In deze polisvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid. 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. Als zo'n maatstaf ontbreekt, geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. U heeft alleen recht op vergoeding van zorg als u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

Wij kunnen geen basisverzekering met u afsluiten als het door u verstrekte adres niet in de basisregistratie personen voorkomt, of afwijkt van het adres waaronder u in deze registratie als ingezetene staat ingeschreven. Deze regel is niet van toepassing als:

- U een verklaring van de werkgever of een salarisafschrift heeft overgelegd, waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon in Nederland of op het continentaal plat (zie artikel 1.1.1 van de Wlz) werkt en loonbelasting betaalt. Uit de verklaring of het salarisafschrift moet blijken wanneer de te verzekeren persoon in dienst is getreden en deze verklaring mag niet ouder zijn dan één maand;
- U een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank heeft overgelegd waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon verzekerd is ingevolge de Wlz; of
- U van de afwijking in het adres bij de basisregistratie redelijkerwijs geen verwijt kan worden gemaakt.

Artikel 3 Vergoeding van zorg**Vergoeding**

Om te bepalen of u recht heeft op de vergoeding van zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is. Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de

Onder een logopedische behandeling verstaan wij niet behandeling van dyslexie en taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anders taligheid.

Logopedie in het kader van gzsp

Indien u zorg ontvangt in het kader van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp), dan dient de zorg geleverd te worden volgens de voorwaarden zoals omschreven in artikel 18.11.

18.16 Mechanische beademing

Wij vergoeden beademing thuis en medisch specialistische zorg die hiervoor nodig is indien dit gebeurt in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. Als u beademing thuis krijgt onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum:

- stelt het beademingscentrum voor elke behandeling de benodigde apparatuur gebruiksklaar beschikbaar;
- levert het beademingscentrum de medisch specialistische zorg en bijbehorende farmaceutische zorg die te maken hebben met de mechanische beademing.

Bij mechanische beademing in de thuissituatie heeft u recht op een tegemoetkoming in de stroomkosten. Kijk voor meer informatie op onze website.

U heeft een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

18.17 Medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

Medisch specialistische zorg ontvangt u van een medisch specialist die is verbonden aan een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of categorale instelling. Een medisch specialist is een arts die na de basisopleiding een specialistische opleiding heeft volbracht en zo geregistreerd staat. Er zijn in Nederland zo'n 30 verschillende specialismen. Voorbeelden zijn chirurgie, cardiologie en neurologie.

Verwijzers naar medisch specialistische zorg

U heeft voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts, SEH-arts, kaakchirurg, physician assistant of verpleegkundig specialist. Dit geldt niet voor spoedeisende zorg. Voor medisch specialistische zorg bij een zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De verloskundige mag de pasgeborene de eerste tien dagen na een bevalling ook verwijzen naar een kinderarts. Mondzorg die door de kaakchirurg wordt verleend vergoeden wij volgens artikel 18.18 en 18.19. Hierbij is een verwijzing van de tandarts, orthodontist of tandprotheticus voldoende. Een verwijzing naar de oogarts mag ook gedaan worden door een optometrist en orthoptist. Een triage-audicien of een klinisch fysisch audioloog mag verwijzen naar de KNO-arts. Voor bepaalde aanvragen van laboratoriumonderzoek mag een GGD-arts ook verwijzen. De verwijzer dient ingeschreven te staan in het BIG register, dit geldt niet voor tandprotheticici, triage-audiciens, klinisch fysici audiologen en optometristen.

Ziekenhuisopname

Wij vergoeden uw verblijf in de laagste klasse van een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) voor een onafgebroken periode van maximaal 1.095 dagen. Het moet gaan om medisch noodzakelijk verblijf voor zorg als bedoeld in dit artikel of in artikel 18.18 en 18.19 (Mondzorg).

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking. Die tellen we niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Bij een onderbreking van langer dan 30 dagen begint de telling van de 1.095 dagen opnieuw. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening van maximaal 1.095 dagen. Wij vergoeden ook de benodigde verpleging- en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen in de periode van de opname die bij de behandeling horen.

Logeerkosten bij CAR-T

U heeft recht op een tegemoetkoming in logeerkosten na CAR-T-celtherapie, indien de reistijd naar het ziekenhuis langer dan 60 minuten bedraagt. Vergoeding geldt voor de periode van 2 weken na ontslag uit het ziekenhuis, waarna in de 3e en 4e week er recht op tegemoetkoming in logeerkosten is. De vergoeding van logeerkosten bedraagt maximaal € 77,50 per nacht.

Niet-klinische medisch specialistische zorg

Wij vergoeden medisch specialistische dag- en poliklinische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling of zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Wij vergoeden ook de hierbij benodigde verpleging (dagopname), geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Verder vergoeden wij medisch specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch specialist. Wij vergoeden ook de benodigde verpleging- en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen in de periode van de opname die bij de behandeling horen.

IVF (in-vitrofertilisatiepoging) of ICSI

Als er bij een IVF of ICSI behandeling gebruik wordt gemaakt van semendonatie of eiceldonatie, dan gelden de in dit artikel beschreven voorwaarden voor IVF. Niet vergoed worden de kosten van de semendonatie of eiceldonatie (en daarmee ook niet de behandeling van de donor van de eicel).

Wij vergoeden als u een vrouw bent tot uw 43ste jaar, de eerste, tweede en derde IVF- of ICSI-poging per te realiseren doorgaande zwangerschap. De behandeling moet plaatsvinden in een ziekenhuis dat hiervoor een vergunning heeft. Wij vergoeden ook de benodigde geneesmiddelen. Wij maken onderscheid tussen twee verschillende vormen van doorgaande zwangerschap:

- fysiologische zwangerschap: een (spontane) zwangerschap van ten minste 12 weken sinds de eerste dag van de laatste menstruatie;
- zwangerschap na een IVF- of ICSI-behandeling van ten minste 10 weken vanaf de follikelpunctie nadat het niet-ingevroren embryo is teruggeplaatst. Of ten minste 9 weken en 3 dagen nadat het ingevroren embryo is teruggeplaatst.

Een poging telt pas, als er een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van eicellen) heeft plaatsgevonden.

De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds ingevroren) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn, zolang er geen sprake is van een doorgaande zwangerschap.

Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap, spontaan of na ivf, geldt als nieuwe eerste poging.

Terugplaatsing van ingevroren embryo's wordt nooit aangemerkt als een nieuwe IVF poging. Dat betekent dat ook na een doorgaande zwangerschap de terugplaatsing van ingevroren embryo's niet als een nieuwe IVF poging wordt aangemerkt.

Tot uw 38ste jaar wordt bij de eerste twee pogingen maximaal één embryo teruggeplaatst. Bij de derde poging is het toegestaan maximaal twee embryo's terug te plaatsen als dit om medische redenen nodig is. Vanaf uw 38ste tot uw 43ste jaar is het bij alle drie de pogingen toegestaan maximaal twee embryo's terug te plaatsen als dit om medische redenen nodig is. Een IVF-poging die is gestart voor uw 43ste verjaardag mag worden afgemaakt.

Wij vergoeden geen:

- behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie;
- behandelingen en geneesmiddelen voor de vierde of volgende IVF-poging per te realiseren zwangerschap. Daarvoor moeten drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap. Onder een doorgaande zwangerschap wordt verstaan een zwangerschap van tenminste tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie (in geval van niet-ingevroren embryo's) of een zwangerschap van tenminste negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie van het ingevroren embryo (indien het om ingevroren embryo's gaat);
- eerste en tweede IVF-poging tot uw 38ste jaar als er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst ;
- vruchtbaarheidsgerelateerde zorg die start als u 43 jaar of ouder en vrouw bent.

Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

U heeft recht op geneeskundige zorg als bedoeld in dit artikel (Medisch specialistische zorg) bij overige fertiliteitsbevorderende (vruchtbaarheidsbevorderende) behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie (met eigen zaad of met donorzaad) en intra uteriene inseminatie. Niet vergoed worden de kosten van de zaaddonatie. Ook hier geldt voor de vrouw dat zij jonger moet zijn dan 43 jaar. Wij vergoeden geen behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie.

Behandeling van plastisch chirurgische aard

Wij vergoeden behandelingen van plastisch chirurgische aard bij correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die samen gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen door een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslaptte bovenoogleden door een aangeboren afwijking of een aangeboren chronische aandoening of wanneer een verworven verlamming of verslapping uw gezichtsveld ernstig beperkt;
- het plaatsen of het vervangen van een borstprothese, na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie, of bij het ontbreken van borstvorming (agenesie/aplasie van de borst) bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij vastgestelde transseksualiteit (man-vrouw transgenders);
- de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemeltespleten;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Voor deze behandelingen heeft u vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Wij beoordelen uw aanvraag aan de hand van de Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard.

Om sommige behandelingen te kunnen beoordelen kan het nodig zijn dat er foto's en/of een eigen verklaring wordt opgevraagd. Als u deze niet verstrekt kan geen schriftelijke toestemming gegeven worden voor de behandeling en wordt deze niet vergoed.

Deze zorg kan ook door andere medisch specialisten dan de plastisch chirurg worden uitgevoerd. Ook voor andere medisch specialisten zijn deze voorwaarden van toepassing.

De Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard kunt u vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Wij vergoeden onder andere geen:

- liposuctie van de buik;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

Second Opinion

Wij vergoeden een second opinion wanneer er sprake is van het vragen van een beoordeling van een door een arts gestelde diagnose/voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de eerste geconsulteerde arts. U moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

U heeft een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

Voorwaardelijke toelating en veelbelovende zorg

Sommige vormen van zorg zijn door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorwaardelijk tot de basisverzekering toegelaten en worden onder die voorwaarden vergoed. Deze zijn opgenomen in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit nog niet bewezen is. De totale lijst van voorwaardelijk toegelaten behandelingen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. Nieuwe voorwaardelijk toegelaten zorg wordt per 2020 in principe onder de subsidieregeling 'veelbelovende zorg' vergoed.

Een actuele versie van de Regeling zorgverzekering kunt u vinden op <https://wetten.overheid.nl/zoeken>.

18.18 Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Onder mondzorg verstaan we behandeling door een tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg, orthodontist of mondhygiënist ook als die werkzaam zijn in een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Op welke zorg u precies recht heeft hangt ervan af of u jonger dan 18 jaar of 18 jaar of ouder bent. Voor ieder kind dat tanden in zijn mond heeft (doorgaans vanaf 2 jaar) is het voor een optimale mondgezondheid belangrijk om regelmatig naar de tandarts te gaan. Uw kind heeft recht op vergoeding van bijna alle zorg voor kinderen door de tandarts. De kosten van deze zorg zijn vrijgesteld van het verplicht eigen risico.

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.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

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

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