

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202401639

Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster.

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 9 december 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 4 februari 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Teneinde de omvang van het geschil te bepalen, heeft de commissie bij brief van 6 februari 2025 de ziektekostenverzekeraar een aantal vragen gesteld. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 4 maart 2025 geantwoord. Kopieën van deze brieven zijn, eveneens op 4 maart 2025, aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 9 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 10 april 2025 aan verzoekster gezonden.
- 1.4. Bij brief van 8 juni 2025 heeft verzoekster gereageerd op de brief van ziektekostenverzekeraar. Een kopie hiervan is op 10 juni 2025 aan hem gestuurd.
- 1.5. 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 18 juni 2025 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.
- 1.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 7 juli 2025 naar aanleiding van de hoorzitting het verwerken van medische persoonsgegevens verduidelijkt. Een kopie hiervan is bij brief van 8 juli 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.7. Verzoekster heeft bij brieven van 4 en 6 augustus 2025 gereageerd op de brief van 7 juli 2025 van de ziektekostenverzekeraar.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de FBTO Zorgverzekering Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Tand 250 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Met ingang van 2025 is de aanvullende ziektekostenverzekering beëindigd en is verzoekster uitsluitend nog verzekerd op grond van de zorgverzekering. De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.
- 2.2. Verzoekster neemt deel aan een Geïntegreerde Leefstijl Interventie (hierna: GLI). De nota hiervan heeft zij ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 2.3. Bij brief van 8 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van de GLI niet worden vergoed, omdat zijn voorafgaande toestemming hiervoor niet is gevraagd.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 11 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de nota's van de GLI aan haar te vergoeden, zonder dat zij daarvoor haar persoonsgegevens hoeft te delen met de gecontracteerde regio-organisatie.
- 3.2. Verzoekster heeft haar correspondentie met de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder vanaf 31 maart 2024 overgelegd. Zij heeft hierin gesteld dat zij op grond van artikel 9 van de Algemene Verordening Gegevensbescherming haar persoonsgegevens niet hoeft te delen met de gecontracteerde regio-organisatie waar haar zorgaanbieder onder valt. De zorgaanbieder heeft, als onderaannemer, voor de GLI met deze regio-organisatie afspraken gemaakt over het indienen van nota's. Volgens verzoekster heeft zij met die afspraken niets te maken, omdat in de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering hierover niets is opgenomen.
- 3.3. Bij e-mailbericht van 28 november 2024 is verzoekster akkoord gegaan met het voorstel van de ziektekostenverzekeraar om de nota van 20 juni 2024 te betalen. Zij is het echter niet eens met de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de nota's door haar zorgaanbieder via de regio-organisatie dienen te worden gedeclareerd. Zij vraagt zich af waar deze voorwaarde is beschreven en wenst de contractafspraken tussen de ziektekostenverzekeraar en de regio-organisatie in te zien. Verzoekster heeft verder verklaard dat zij er nooit van heeft geweten dat zij zich bij de regio-organisatie moest aanmelden. Bij haar vorige zorgverzekeraar is destijds met haar zorgaanbieder de afspraak gemaakt dat laatstgenoemde rechtstreeks kon declareren. Dit zou de ziektekostenverzekeraar nu ook kunnen doen. Verzoekster heeft verklaard dat zij is gestopt met de GLI, omdat zij in onzekerheid verkeert over de vergoeding van de kosten.
- 3.4. Verzoekster heeft in haar brief van 4 februari 2025, gericht aan de commissie, ter aanvulling verklaard dat de regio-organisatie in een andere provincie is gevestigd dan waarin zij woont. Zij mag zich daarom niet bij deze organisatie aanmelden. Ook is zij het niet eens met de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de nota's van de zorgaanbieder in 2025 worden vergoed als is voldaan aan de voorwaarden van de zorgverzekering en de gemaakte contractafspraken. Volgens verzoekster is zij niet gebonden aan contractafspraken die de ziektekostenverzekeraar met derden maakt.

- 3.5. In haar brief van 13 februari 2025 heeft verzoekster toegelicht waarom het voor haar belangrijk is om de contractafspraken tussen de regio-organisatie en de ziektekostenverzekeraar in te zien. Naar deze contractafspraken wordt door de ziektekostenverzekeraar continue verwezen, maar verzoekster kan dit niet nalezen. Zij vraagt zich af of de afspraak dat zij zich moet aanmelden bij de regio-organisatie werkelijk is gemaakt of die afspraak wel op haar van toepassing is en of deze niet in strijd is met de wet. De behandeling heeft intussen grote vertraging opgelopen, terwijl het zorg betreft die vanuit de zorgverzekering dient te worden vergoed. Verder heeft verzoekster gesteld dat zij onjuist is geïnformeerd over de medicatie die zij reeds een jaar gebruikt in verband met de GLI. Deze medicatie zou in het tweede jaar, als de GLI niet wordt afgerond, niet meer worden vergoed. Zij voelt zich hier erg onprettig bij.
- 3.6. Verzoekster heeft per e-mailbericht van 6 maart 2025 een reactie van een medewerker van Dokter Drenthe doorgestuurd. Volgens deze medewerker wordt Dokter Drenthe ten onrechte als betrokken regio-organisatie genoemd door de ziektekostenverzekeraar in zijn reactie aan verzoekster. Gelet op de woonplaats van verzoekster valt het voedingsbureau waar zij de GLI volgt onder de regio-organisatie van Friesland. Verzoekster werd door deze regio-organisatie echter verwezen naar de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder.
- 3.7. In haar brief van 8 juni 2025 heeft verzoekster verklaard dat de ziektekostenverzekeraar tot de brief van 3 februari 2025 heeft meegedeeld dat zij zich moest inschrijven bij Dr. Drenthe. De wijziging in hun standpunt kwam pas nadat verzoekster bewijs had geleverd dat inschrijven bij Dr. Drenthe voor haar onmogelijk is. Dit had de ziektekostenverzekeraar volgens haar zelf moeten onderzoeken. Gelet hierop heeft zij zich nooit in de positie bevonden om het delen van persoonsgegevens te weigeren of te accepteren. Zover is het nooit gekomen. De wet bepaalt dat zorgaanbieders in samenwerking met zorgverzekeraars informatiesystemen mogen inrichten voor het delen van gegevens ten behoeve van multidisciplinaire zorg. Dit creëert geen verplichting voor iemand, noch voor patiënten om hun gegevens te delen of zich aan te melden bij dit systeem. Dit wordt volgens verzoekster benadrukt door het feit dat niet iedere zorgverzekeraar een dergelijk systeem hanteert en dat behandeling met multidisciplinaire zorg desondanks kan worden verkregen. Verzoekster wenst te benadrukken dat multidisciplinaire zorg slechts een benadering is binnen de gezondheidszorg, waarbij professionals uit verschillende disciplines samenwerken om de zorg voor een patiënt te optimaliseren. De behandelingen van de GLI of andere programma's horen bij definitie onder de basiszorg en is kosteloos.
- 3.8. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat zij één jaar en drie maanden de GLI heeft gevolgd. De eerste factuur in het tweede jaar is door de ziektekostenverzekeraar vergoed. De tweede factuur werd vervolgens niet betaald. Na contact met de ziektekostenverzekeraar is haar meegedeeld dat zij zich moest inschrijven bij Dr. Drenthe. Dit was echter niet mogelijk, omdat zij in een andere regio woont. Een schriftelijke verklaring hiervan heeft zij aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Pas in februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat er een fout was gemaakt en dat zij zich moest inschrijven bij Ketenzorg Friesland. Haar zorgaanbieder had haar inmiddels uitgeschreven, omdat zij al enige tijd geen GLI meer had gevolgd.
- 3.9. Verder heeft verzoekster opgemerkt dat nergens in de verzekeringsvoorwaarden staat dat zij zich bij een derde moet inschrijven en dat haar persoonsgegevens met deze derden worden gedeeld. Verzoekster verwijst naar de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2025 (BR/REG-25136). Zij citeert artikel 6, tweede lid (*Bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen*), Ad 3 (*Multidisciplinaire zorg – niet gecontracteerd*), onderdeel II (*Organisatie en structuur*), derde lid. Ook verwijst zij naar artikel 9 van de Algemene Verordening Gegevensverwerking. Zij heeft het recht om het delen van (medische) persoonsgegevens te weigeren. Verzoekster ervaart nu problemen door de afspraken die de ziektekostenverzekeraar met de zorgaanbieder heeft gemaakt.
- 3.10. Daarnaast gevraagd door de commissie heeft verzoekster meegedeeld dat in haar regio maar enkele zorgaanbieders het GLI-programma aanbieden. Zij kan niet makkelijk overstappen naar een ander. Volgens haar dient er in het kader van privacy geen verschil te zijn tussen niet-gecontracteerde en

gecontracteerde zorgaanbieders. Er is onvoldoende oog voor haar belangen en rechten op het gebied van privacy. Verzoekster heeft verder verteld dat zij niet meer terug kan naar de zorgaanbieder voor de GLI. Zij ontvangt inmiddels via haar huisarts wel het geneesmiddel Saxenda. Om tot een oplossing te komen zou verzoekster een verwijzing naar een zorgaanbieder willen, waar zij het laatste traject van 9 maanden kan afmaken, zonder dat zij haar (medische) persoonsgegevens met een derde hoeft te delen.

- 3.11. Bij brief van 4 augustus heeft verzoekster verklaard dat het niet noodzakelijk is een regio-organisatie als derde partij in te schakelen. Ook kan verzoekster de stelling van de ziektekostenverzekeraar niet volgen dat de GLI niet valt onder multidisciplinaire zorg. Er zijn volgens haar tientallen verwijzen naar GLI en multidisciplinaire zorg, waaronder het document dat zij als bijlage heeft meegestuurd. Verzoekster vraagt zich af waarom de regio-organisatie, die specifiek en uitsluitend is gericht op het vergoeden van multidisciplinaire zorg, als derde partij is betrokken. Zij verwijst in dit kader ook naar de website van medt zorg en de rol van huisartsen in leefstijlinterventies. Als de zorgaanbieder en regio-organisatie zich aan alle wet- en regelgeving dienen te houden, dan geldt dat volgens verzoekster ook voor het recht van haar om de (medische) persoonsgegevens niet te willen delen. Verder merkt zij op dat zij door de ziektekostenverzekeraar niet is benaderd om een oplossing te bespreken.
- 3.12. In haar brief van 6 augustus 2025 heeft verzoekster ter aanvulling gesteld dat de praktische overweging om te kiezen voor een regio-organisatie – het uitbesteden van de administratie – niet los kan worden gezien van de inhoudelijk zorg. Technisch gezien kunnen deze twee zaken volgens verzoekster worden gescheiden, maar door afspraken met een regio-organisatie is zij verplicht om deel te nemen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 11 september 2024 verklaard dat de betrokken zorgaanbieder met de regio-organisatie afspraken heeft gemaakt over het indienen van nota's. De gecontracteerde regio-organisatie kan de nota's van de GLI vervolgens rechtstreeks declareren bij de ziektekostenverzekeraar.
- 4.2. In zijn brief van 25 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat op 2 april 2024 een nota van de zorgaanbieder ter declaratie bij hem werd ingediend. Deze is ook aan de zorgaanbieder vergoed. Op 26 april 2024 werd echter duidelijk dat de zorgaanbieder volgens de contractafspraken alleen mag declareren via de regio-organisatie. Dit is bij de ziektekostenverzekeraar in het declaratieproces ook zo ingeregeld. Achteraf bleek de nota van 2 april 2024 dus ten onrechte te zijn vergoed. Op 20 juni 2024 heeft een tweede GLI plaatsgevonden. De zorgaanbieder kon de nota niet bij de ziektekostenverzekeraar declareren, maar ook niet bij de regio-organisatie. Mogelijk omdat verzoekster niet wil dat haar persoonsgegevens bekend worden bij de regio-organisatie. De zorgaanbieder heeft vervolgens de nota aan verzoekster meegegeven en zij heeft deze ter declaratie ingediend.
De ziektekostenverzekeraar heeft de nota niet vergoed, omdat het niet mogelijk is deze als restitutenota te declareren. Het declareren van restitutenota's gebeurt bij niet-gecontracteerde zorg en voor vergoeding van niet-gecontracteerde GLI moet vooraf toestemming worden gevraagd en verkregen. Volgens de contractafspraken dient de betrokken zorgaanbieder de nota via de gecontracteerde regio-organisatie te declareren. De ziektekostenverzekeraar heeft voorgesteld de nota van 20 juni 2024 en die van eventuele GLI's tussen deze datum en 31 december 2024 alsnog te vergoeden. Vanaf 1 januari 2025 is vergoeding alleen mogelijk volgens de voorwaarden van de zorgverzekering en de contractafspraken met de betrokken partijen.

- 4.3. In zijn brief van 6 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat in artikel A.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering de vergoeding van zorg bij gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders is beschreven. De wijze waarop een zorgaanbieder declareert is geen onderdeel van de voorwaarden van de zorgverzekering. Contractuele afspraken met zorgaanbieders worden niet gedeeld met verzekerden.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 4 maart 2025, gericht aan de commissie, toegelicht dat op 26 november 2024 de nota van 20 juni 2024 van € 123,- aan verzoekster is vergoed. Daarna zijn geen nieuwe nota's meer ontvangen. Volgens de ziektekostenverzekeraar hoeft verzoekster zich niet aan te melden bij de regio-organisatie. De zorgaanbieder regelt de afhandeling van de declaratie met de regio-organisatie. Dit gaat buiten verzoekster om.
- 4.5. In zijn brief van 9 april 2025 aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de contractafspraken met zorgaanbieders zijn gebaseerd op wet- en regelgeving en zijn inkoopbeleid. De ambitie van de ziektekostenverzekeraar is een samenhangend zorgaanbod te realiseren. Een middel om dit te bereiken is een regio-organisatie in de eerste lijn. De regio-organisatie is gericht op het faciliteren en ondersteunen van aangesloten zorgaanbieders. Deze kunnen zich dan primair richten op de direct patiëntgebonden zorg. Daarnaast is de regio-organisatie belangrijk voor het maken van afspraken op regionaal niveau met gemeenten, ziekenhuizen en zorgorganisaties. De ziektekostenverzekeraar heeft de GLI bij regio-organisatie Ketenzorg Friesland ingekocht. Eerder werd in dit verband Dokter Drenthe genoemd, maar dit is voor een andere vestiging van de zorgaanbieder.
- 4.6. In artikel 5, zesde lid, van de Regeling gecombineerde leefstijlinterventie wordt expliciet de mogelijkheid geboden om de GLI via een regio-organisatie in te kopen. Alleen de regio-organisatie mag, als opdrachtgevende zorgaanbieder, de zorg dan in rekening brengen bij de verzekerde of de zorgverzekeraar. De uitvoerende zorgaanbieder, die de zorg aan de patiënt levert, declareert bij de opdrachtgevende zorgaanbieder (de regio-organisatie).
- 4.7. Op grond van de beleidskeuze van de ziektekostenverzekeraar is de zorgaanbieder van verzoekster verplicht om via de de opdrachtgevende zorgaanbieder te declareren. Deze verplichting vloeit niet alleen voort uit de gemaakte contractafspraken, maar dus ook uit de wet- en regelgeving. De regio-organisatie heeft de persoonsgegevens van verzoekster nodig om de zorg te kunnen declareren bij de ziektekostenverzekeraar. De persoonsgegevens worden dan uitsluitend voor dat doeleinde gebruikt. Het is het goed recht van verzoekster om te weigeren dat haar persoonsgegevens met de regio-organisatie worden gedeeld. Consequentie van deze keuze is echter wel dat gecontracteerde zorg niet conform wet- en regelgeving bij de ziektekostenverzekeraar kan worden gedeclareerd. Indien verzoekster voor de GLI naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wenst te gaan, dan dient zij vooraf toestemming te vragen aan de ziektekostenverzekeraar.
- 4.8. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat verzoekster de juiste informatie heeft ontvangen. Hij verwijst hiervoor naar de door hem overgelegde telefoonnotities.
- 4.9. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog toegelicht dat er miscommunicatie is geweest over waar verzoekster zich diende in te schrijven. Er is niet aan verzoekster meegedeeld dat zij zich moest inschrijven bij Dr. Drenthe, want inschrijving is niet nodig. De discussie ging allereerst om de factuur die rechtstreeks door verzoekster werd gedeclareerd en de daaropvolgende klachtprocedure. Dr. Drenthe is in een later stadium wel genoemd, maar niet in het kader van inschrijving.
- 4.10. Daarnaast door de commissie gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat – als een verzekerde zijn (medische) persoonsgegevens niet met een derde wil delen – door de zorgaanbieder moet worden geïnformeerd en een verzekerde dan de keuze heeft om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Verzoekster had bij navraag bij de ziektekostenverzekeraar daarnaar verwezen kunnen worden. Expliciete afspraken met de zorgaanbieders over de taakstelling als een verzekerde de geïntegreerde prestatie wel wenst te ontvangen, maar de (medische) persoonsgegevens niet wil

delen heeft de ziektekostenverzekeraar niet paraat. Daartoe in de gelegenheid gesteld zal hij de commissie hier nader over informeren. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard, daarnaar gevraagd door de commissie, dat hij met verzoekster in overleg wil treden om een oplossing te bespreken.

- 4.11. Bij brief van 7 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het doel bij het verwerken van medische gegevens het afhandelen van zorgkostendeclaraties is. De wettelijke grondslagen hiervoor zijn vastgelegd in artikel 86 van de Zorgverzekeringswet en in de artikelen 6, eerste lid, sub b en 9, tweede lid, sub h, en 30, derde lid, sub b2 van de Algemene Verordening Gegevensverwerking, evenals in de Wet aanvullende bepalingen gebruik BSN in de zorg. De verwerking van persoonsgegevens gebeurt op de minst ingrijpende wijze en staat in redelijke verhouding tot het doel. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit verband naar artikel 5, eerste lid van de Regeling GLI, waaruit volgt welke informatie bij de declaratie moet worden opgenomen.
- 4.12. De door verzoekster genoemde ‘Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2025’ is volgens de ziektekostenverzekeraar niet van toepassing. Bij multidisciplinaire zorg zijn verschillende zorgaanbieders betrokken die structureel samenwerken en daarvoor toegang hebben tot het medisch dossier. De GLI daarentegen wordt door slechts één zorgaanbieder aangeboden en daarbij is slechts afstemming met de huisarts nodig. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij geen rechtstreekse afspraken met de uitvoerende zorgaanbieders heeft. Wel zijn er overeenkomsten met regio-organisaties. De regio-organisatie sluit vervolgens als opdrachtgevende zorgaanbieder overeenkomsten met uitvoerende zorgaanbieders. Beide partijen dienen te handelen in overeenstemming met alle toepasselijke wet- en regelgeving op het gebied van gegevensbescherming. De zorgaanbieder dient een dossier in te richten conform de eisen van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst, en dat bij de verwerking van persoonsgegevens de eisen van alle wetgeving wordt nageleefd.
- 4.13. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat bij het verwerken van (medische) persoonsgegevens sprake is van wettelijk verankerde privacy waarborgen. Voor het declareren van zorg is het verwerken van (in dit geval beperkte) gezondheidsgegevens noodzakelijk. Dit gebeurt op rechtmatige wijze, conform de wet- en regelgeving.

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 18.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekeringen (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over paramedische en farmaceutische zorg en ook die uit de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) 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.
- 6.2. Op grond van artikel B.36 van de voorwaarden van de zorgverzekering is GLI voor verzekerden van 18 jaren en ouder een verzekerde prestatie vanuit de zorgverzekering. Dat verzoekster hiervoor een indicatie heeft is niet in geschil.
In artikel A.4.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat een gecontracteerde zorgaanbieder rechtstreeks de kosten van zorg bij de ziektekostenverzekeraar declareert.

- 6.3. Verzoekster is op 19 maart 2024 bij de betrokken zorgaanbieder met een GLI begonnen. Later bleek dat haar (medische) persoonsgegevens, in het kader van de vergoeding van de kosten hiervan, met een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde regio-organisatie moeten worden gedeeld.
- 6.4. Verzoekster verzet zich tegen het delen van haar persoonsgegevens met de regio-organisatie en beroept zich op artikel 9, eerste lid, van de AVG. Dit artikel ziet op de verwerking van bijzondere categorieën van persoonsgegevens, zoals die waaruit ras of etnische afkomst, politieke opvattingen, religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen, of het lidmaatschap van een vakbond blijken, en verwerking van genetische gegevens, biometrische gegevens met het oog op de unieke identificatie van een persoon, of gegevens over gezondheid, of gegevens met betrekking tot iemands seksueel gedrag of seksuele gerichtheid. Het verwerken hiervan is in beginsel verboden.
- 6.5. Voor zover sprake is van het verwerken van gegevens over de gezondheid van verzoekster zijn op dit verbod uitzonderingen mogelijk, waarbij valt te denken aan die welke worden genoemd in het tweede lid onder (b) van voornoemd artikel (uitoefening van specifieke rechten van de betrokkene op het gebied van het socialezekerheidsrecht) en (h) (het verstrekken van gezondheidszorg). De commissie merkt in dit verband op dat de wetgever, waar het gaat om de Zvw, aan de zorgverzekeraars een regierol heeft toebedeeld. Om daar invulling aan te geven worden door de zorgverzekeraars overeenkomsten gesloten met zorgaanbieders. Bij de door verzoekster afgesloten zorgverzekering is het uitgangspunt dat zij voor de GLI gebruikmaakt van een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar heeft verwezen naar de Regeling gecombineerde leefstijlinterventie, waarin worden onderscheiden de opdrachtgevende zorgaanbieder en de uitvoerende zorgaanbieder.

In artikel 5, zesde lid, van deze regeling – die met ingang van 1 januari 2024 is vervallen – was het volgende bepaald:

“Onderlinge dienstverlening

a. Opdrachtgevende zorgaanbieder

Indien sprake is van onderlinge dienstverlening, kan alleen de opdrachtgevende zorgaanbieder de prestatie in rekening brengen bij de patiënt of zorgverzekeraar. De opdrachtgevende zorgaanbieder verdeelt het tarief onder de uitvoerende zorgaanbieders die bij de gecombineerde leefstijlinterventie betrokken zijn, volgens de (contract)afspraken die hij met hen heeft gemaakt.

b. Uitvoerende zorgaanbieder

Indien sprake is van onderlinge dienstverlening, dient de uitvoerende zorgaanbieder die de (deel)prestatie levert deze uitsluitend in rekening te brengen bij de opdrachtgevende zorgaanbieder die de prestatie(s) gecombineerde leefstijlinterventie declareert bij de patiënt of zorgverzekeraar.”

Genoemde regeling is met ingang van 1 januari 2024 vervangen door de Regeling gecombineerde leefstijlinterventie volwassenen. Artikel 5, zesde lid, van die regeling bevat een gelijklopende bepaling.

De commissie overweegt dat, gelet op de regierol die de wetgever aan de zorgverzekeraars heeft toebedeeld, en de aard van de door verzoekster afgesloten zorgverzekering, het de ziektekostenverzekeraar is toegestaan voor het declaratieverkeer onderscheid te maken tussen de opdrachtgevende zorgaanbieder (de regio-organisatie) en de uitvoerende zorgaanbieder. Laatstgenoemde was ermee bekend dat zij niet rechtstreeks kon declareren bij de ziektekostenverzekeraar, hetgeen ook blijkt uit het feit dat verzoekster de nota van 20 juni 2024 meekreeg.

- 6.6. Uit het voorgaande volgt dat indien verzoekster gebruik wenst te maken van de GLI ten laste van de zorgverzekering, zij zal moeten toestaan dat de uitvoerende zorgaanbieder haar gegevens deelt met de regio-organisatie, nu deze laatste volgens de gemaakte afspraken als enige de kosten rechtstreeks kan declareren bij de ziektekostenverzekeraar.

Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, met name over het belang dat zij heeft bij inzage in de contractafspraken, wordt door de commissie gepasseerd. Gelet op de verzekeringsvoorwaarden en artikel 11, eerste lid, onder a, Zvw heeft verzoekster aanspraak op de verzekerde zorg en overige diensten in natura. Zij zal zichzelf dan alleen wel moeten voegen naar de daaraan verbonden voorwaarden. Hoe de inkoop hiervan plaatsvindt is voor haar als verzekerde, in ieder geval waar het betreft dit geschil, niet relevant. De consequentie van het niet willen delen van haar (medische) persoonsgegevens met de gecontracteerde zorgaanbieder (de regio-organisatie) is dat de vergoeding niet via de opdrachtgevende zorgaanbieder kan plaatsvinden en vergoeding op grond van de zorgverzekering niet mogelijk is. Indien zij daarentegen gebruik wenst te maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is hiervoor de voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar vereist en is sprake van een niet volledige vergoeding. De commissie stelt vast dat die toestemming is gevraagd, noch verkregen.

- 6.7. Verzoekster heeft ter zitting ook verklaard dat zij inmiddels het geneesmiddel Saxenda, dat op recept kan worden verkregen na het doorlopen van het volledige GLI-programma, ontvangt. De commissie zal dit onderdeel van de klacht – waarover in het kader van de GLI had kunnen worden beslist – dan ook niet verder bespreken.

- 6.8. Ter zitting hebben partijen de gelegenheid gekregen aanvullende informatie te verstrekken en daarop te reageren. Zij hebben gebruik gemaakt van die geboden mogelijkheid. Hetgeen verzoekster vervolgens heeft gesteld, dat declaraties gescheiden van het medisch dossier kunnen worden gedeclareerd en dat zij op grond van de AVG het recht heeft op het voorkomen van administratieve triangulaties, maakt het voorgaande niet anders.

- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 augustus 2025,

B.L.A. van Drunen

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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 2.6

1. Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek.
2. Fysiotherapie of oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar en ouder niet de eerste twintig behandelingen.
3. Fysiotherapie omvat tevens bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste negen behandelingen.
4. Fysiotherapie omvat tevens gesuperviseerde oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste zevenendertig behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden.
5. Fysiotherapie omvat tevens gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van heup- of kniegewricht. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste twaalf behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden.
6. Fysiotherapie of oefentherapie omvat voor verzekerden van achttien jaar of ouder tevens gesuperviseerde oefentherapie bij chronische obstructive pulmonary disease, indien sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie.
7. Fysiotherapie of oefentherapie omvat tevens een valpreventieve beweeginterventie voor personen met een hoog valrisico die als gevolg van onderliggende of bijkomende somatische of psychische problemen zijn aangewezen op begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut. Deze zorg omvat ten hoogste één valpreventieve beweeginterventie per twaalf maanden.
8. Fysiotherapie of oefentherapie omvat voor verzekerden van achttien jaar of ouder tevens langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen.
9. Voor verzekerden jonger dan achttien jaar bestaat fysiotherapie en oefentherapie in andere gevallen dan het tweede lid tevens uit ten hoogste negen behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met ten hoogste negen behandelingen.
10. Logopedie omvat zorg zoals logopedisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.
11. Ergotherapie omvat zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden, mits deze als doel heeft de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen, tot een maximum van tien behandeluren per kalenderjaar.
12. Diëtetiek omvat zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft, tot een maximum van drie behandeluren per kalenderjaar.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
 - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
 - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
 - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet,
 - 3°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners,
 - 4°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
 - 5°. artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;
 - c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
2. Farmaceutische zorg omvat geen:
 - a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
 - b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
 - c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
 - e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.
3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.
4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.
5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.

In die ministeriële regeling wordt tevens de aanvraagprocedure voor de aanwijzing geregeld, worden regels gesteld met betrekking tot de systematiek van de indeling in groepen van onderling

vervangbare geneesmiddelen en worden regels gesteld met betrekking tot de vaststelling van een vergoedingslimiet voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.

6. In afwijking van het vijfde lid kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat voor bij die regeling aangewezen groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen de vergoedinglimiet kan worden herberekend of buiten werking kan worden gesteld.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.5

1. In bijlage 1 bij deze regeling worden genoemd:
 - a. de op grond van artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
 - b. de op grond van artikel 2.1, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen.
2. In bijlage 2 bij deze regeling worden vermeld:
 - a. categorieën van geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, waarvoor de farmaceutische zorg slechts aflevering van dat geneesmiddel omvat indien voldaan is aan de bij die categorieën vermelde criteria;
 - b. de voorwaarden waaronder en de termijn gedurende welke de farmaceutische zorg, bedoeld in de aanhef van artikel 2.8, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering de geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat.
3. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten behoren slechts tot de farmaceutische zorg indien voldaan is aan onderdeel 1 van bijlage 2 van deze regeling.
4. In bijlage 3, onderdelen A en B, bij deze regeling worden genoemd de geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een beslissing als bedoeld in artikel 2.50, vijfde lid, niet zijn aangewezen, geregistreerde geneesmiddelen ten aanzien waarvan het voornemen tot aanwijzing als bedoeld in artikel 2.50, achtste lid, niet is uitgevoerd en geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een wijziging van bijlage 1 niet meer zijn aangewezen.
5. Farmaceutische zorg, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel b, onder 1°, van het Besluit zorgverzekering, omvat geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan:
 - a. een geregistreerd UR-geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet waarover blijkt bijlage 1 en 3 bij deze regeling geen besluit over de aanwijzing, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering, is genomen;
 - b. een in bijlage 3, onderdeel A, bij deze regeling genoemd niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet, mits aan daarbij vermelde criteria wordt voldaan.

- e) worden bewaard in een vorm die het mogelijk maakt de betrokkenen niet langer te identificeren dan voor de doeleinden waarvoor de persoonsgegevens worden verwerkt noodzakelijk is; persoonsgegevens mogen voor langere perioden worden opgeslagen voor zover de persoonsgegevens louter met het oog op archivering in het algemeen belang, wetenschappelijk of historisch onderzoek of statistische doeleinden worden verwerkt overeenkomstig artikel 89, lid 1, mits de bij deze verordening vereiste passende technische en organisatorische maatregelen worden getroffen om de rechten en vrijheden van de betrokkene te beschermen („opslagbeperking”);
 - f) door het nemen van passende technische of organisatorische maatregelen op een dusdanige manier worden verwerkt dat een passende beveiliging ervan gewaarborgd is, en dat zij onder meer beschermd zijn tegen ongeoorloofde of onrechtmatige verwerking en tegen onopzettelijk verlies, vernietiging of beschadiging („integriteit en vertrouwelijkheid”).
2. De verwerkingsverantwoordelijke is verantwoordelijk voor de naleving van lid 1 en kan deze aantonen („verantwoordingsplicht”).

Artikel 6

Rechtmatigheid van de verwerking

1. De verwerking is alleen rechtmatig indien en voor zover aan ten minste een van de onderstaande voorwaarden is voldaan:
- a) de betrokkene heeft toestemming gegeven voor de verwerking van zijn persoonsgegevens voor een of meer specifieke doeleinden;
 - b) de verwerking is noodzakelijk voor de uitvoering van een overeenkomst waarbij de betrokkene partij is, of om op verzoek van de betrokkene vóór de sluiting van een overeenkomst maatregelen te nemen;
 - c) de verwerking is noodzakelijk om te voldoen aan een wettelijke verplichting die op de verwerkingsverantwoordelijke rust;
 - d) de verwerking is noodzakelijk om de vitale belangen van de betrokkene of van een andere natuurlijke persoon te beschermen;
 - e) de verwerking is noodzakelijk voor de vervulling van een taak van algemeen belang of van een taak in het kader van de uitoefening van het openbaar gezag dat aan de verwerkingsverantwoordelijke is opgedragen;
 - f) de verwerking is noodzakelijk voor de behartiging van de gerechtvaardigde belangen van de verwerkingsverantwoordelijke of van een derde, behalve wanneer de belangen of de grondrechten en de fundamentele vrijheden van de betrokkene die tot bescherming van persoonsgegevens nopen, zwaarder wegen dan die belangen, met name wanneer de betrokkene een kind is.

De eerste alinea, punt f), geldt niet voor de verwerking door overheidsinstanties in het kader van de uitoefening van hun taken.

2. De lidstaten kunnen specifiekere bepalingen handhaven of invoeren ter aanpassing van de manier waarop de regels van deze verordening met betrekking tot de verwerking met het oog op de naleving van lid 1, punten c) en e), worden toegepast; hiertoe kunnen zij een nadere omschrijving geven van specifieke voorschriften voor de verwerking en andere maatregelen om een rechtmatige en behoorlijke verwerking te waarborgen, ook voor andere specifieke verwerkingssituaties als bedoeld in hoofdstuk IX.

3. De rechtsgrond voor de in lid 1, punten c) en e), bedoelde verwerking moet worden vastgesteld bij:

- a) Unierecht; of
- b) lidstatelijk recht dat op de verwerkingsverantwoordelijke van toepassing is.

Het doel van de verwerking wordt in die rechtsgrond vastgesteld of is met betrekking tot de in lid 1, punt e), bedoelde verwerking noodzakelijk voor de vervulling van een taak van algemeen belang of voor de uitoefening van het openbaar gezag dat aan de verwerkingsverantwoordelijke is verleend. Die rechtsgrond kan specifieke bepalingen bevatten om de toepassing van de regels van deze verordening aan te passen, met inbegrip van de algemene voorwaarden inzake de rechtmatigheid van verwerking door de verwerkingsverantwoordelijke; de types verwerkte gegevens; de betrokkenen; de entiteiten waaraan en de doeleinden waarvoor de persoonsgegevens mogen worden verstrekt; de doelbinding; de opslagperioden; en de verwerkingsactiviteiten en -procedures, waaronder maatregelen om te zorgen voor een rechtmatige en

2. Met inachtneming van de beschikbare technologie doet de verwerkingsverantwoordelijke redelijke inspanningen om in dergelijke gevallen te controleren of de persoon die de ouderlijke verantwoordelijkheid voor het kind draagt, toestemming heeft gegeven of machtiging tot toestemming heeft verleend.
3. Lid 1 laat het algemene overeenkomstenrecht van de lidstaten, zoals de regels inzake de geldigheid, de totstandkoming of de gevolgen van overeenkomsten ten opzichte van kinderen, onverlet.

Artikel 9

Verwerking van bijzondere categorieën van persoonsgegevens

1. Verwerking van persoonsgegevens waaruit ras of etnische afkomst, politieke opvattingen, religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen, of het lidmaatschap van een vakbond blijken, en verwerking van genetische gegevens, biometrische gegevens met het oog op de unieke identificatie van een persoon, of gegevens over gezondheid, of gegevens met betrekking tot iemands seksueel gedrag of seksuele gerichtheid zijn verboden.
2. Lid 1 is niet van toepassing wanneer aan een van de onderstaande voorwaarden is voldaan:
 - a) de betrokkene heeft uitdrukkelijke toestemming gegeven voor de verwerking van die persoonsgegevens voor een of meer welbepaalde doeleinden, behalve indien in Unierecht of lidstatelijk recht is bepaald dat het in lid 1 genoemde verbod niet door de betrokkene kan worden opgeheven;
 - b) de verwerking is noodzakelijk met het oog op de uitvoering van verplichtingen en de uitoefening van specifieke rechten van de verwerkingsverantwoordelijke of de betrokkene op het gebied van het arbeidsrecht en het socialezekerheids- en socialebeschermingsrecht, voor zover zulks is toegestaan bij Unierecht of lidstatelijk recht of bij een collectieve overeenkomst op grond van lidstatelijk recht die passende waarborgen voor de grondrechten en de fundamentele belangen van de betrokkene biedt;
 - c) de verwerking is noodzakelijk ter bescherming van de vitale belangen van de betrokkene of van een andere natuurlijke persoon indien de betrokkene fysiek of juridisch niet in staat is zijn toestemming te geven;
 - d) de verwerking wordt verricht door een stichting, een vereniging of een andere instantie zonder winstoogmerk die op politiek, levensbeschouwelijk, godsdienstig of vakbondsgebied werkzaam is, in het kader van haar gerechtvaardigde activiteiten en met passende waarborgen, mits de verwerking uitsluitend betrekking heeft op de leden of de voormalige leden van de instantie of op personen die in verband met haar doeleinden regelmatig contact met haar onderhouden, en de persoonsgegevens niet zonder de toestemming van de betrokkenen buiten die instantie worden verstrekt;
 - e) de verwerking heeft betrekking op persoonsgegevens die kennelijk door de betrokkene openbaar zijn gemaakt;
 - f) de verwerking is noodzakelijk voor de instelling, uitoefening of onderbouwing van een rechtsvordering of wanneer gerechten handelen in het kader van hun rechtsbevoegdheid;
 - g) de verwerking is noodzakelijk om redenen van zwaarwegend algemeen belang, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, waarbij de evenredigheid met het nagestreefde doel wordt gewaarborgd, de wezenlijke inhoud van het recht op bescherming van persoonsgegevens wordt geëerbiedigd en passende en specifieke maatregelen worden getroffen ter bescherming van de grondrechten en de fundamentele belangen van de betrokkene;
 - h) de verwerking is noodzakelijk voor doeleinden van preventieve of arbeidsgeneeskunde, voor de beoordeling van de arbeidsgeschiktheid van de werknemer, medische diagnoses, het verstrekken van gezondheidszorg of sociale diensten of behandelingen dan wel het beheren van gezondheidszorgstelsels en -diensten of sociale stelsels en diensten, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, of uit hoofde van een overeenkomst met een gezondheidswerker en behoudens de in lid 3 genoemde voorwaarden en waarborgen;
 - i) de verwerking is noodzakelijk om redenen van algemeen belang op het gebied van de volksgezondheid, zoals bescherming tegen ernstige grensoverschrijdende gevaren voor de gezondheid of het waarborgen van hoge normen inzake kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg en van geneesmiddelen of medische hulpmiddelen, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht waarin passende en specifieke maatregelen zijn opgenomen ter bescherming van de rechten en vrijheden van de betrokkene, met name van het beroepsgeheim;

j) de verwerking is noodzakelijk met het oog op archivering in het algemeen belang, wetenschappelijk of historisch onderzoek of statistische doeleinden overeenkomstig artikel 89, lid 1, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, waarbij de evenredigheid met het nagestreefde doel wordt gewaarborgd, de wezenlijke inhoud van het recht op bescherming van persoonsgegevens wordt geëerbiedigd en passende en specifieke maatregelen worden getroffen ter bescherming van de grondrechten en de belangen van de betrokkene.

3. De in lid 1 bedoelde persoonsgegevens mogen worden verwerkt voor de in lid 2, punt h), genoemde doeleinden wanneer die gegevens worden verwerkt door of onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar die krachtens Unierecht of lidstatelijk recht of krachtens door nationale bevoegde instanties vastgestelde regels aan het beroepsgeheim is gebonden, of door een andere persoon die eveneens krachtens Unierecht of lidstatelijk recht of krachtens door nationale bevoegde instanties vastgestelde regels tot geheimhouding is gehouden.

4. De lidstaten kunnen bijkomende voorwaarden, waaronder beperkingen, met betrekking tot de verwerking van genetische gegevens, biometrische gegevens of gegevens over gezondheid handhaven of invoeren.

Artikel 10

Verwerking van persoonsgegevens betreffende strafrechtelijke veroordelingen en strafbare feiten

Persoonsgegevens betreffende strafrechtelijke veroordelingen en strafbare feiten of daarmee verband houdende veiligheidsmaatregelen mogen op grond van artikel 6, lid 1, alleen worden verwerkt onder toezicht van de overheid of indien de verwerking is toegestaan bij Unierechtelijke of lidstaatrechtelijke bepalingen die passende waarborgen voor de rechten en vrijheden van de betrokkenen bieden. Omvattende registers van strafrechtelijke veroordelingen mogen alleen worden bijgehouden onder toezicht van de overheid.

Artikel 11

Verwerking waarvoor identificatie niet is vereist

1. Indien de doeleinden waarvoor een verwerkingsverantwoordelijke persoonsgegevens verwerkt, niet of niet meer vereisen dat hij een betrokkene identificeert, is hij niet verplicht om, uitsluitend om aan deze verordening te voldoen, aanvullende gegevens ter identificatie van de betrokkene bij te houden, te verkrijgen of te verwerken.

2. Wanneer de verwerkingsverantwoordelijke in de in lid 1 van dit artikel bedoelde gevallen kan aantonen dat hij de betrokkene niet kan identificeren, stelt hij de betrokkene daarvan indien mogelijk in kennis. In dergelijke gevallen zijn de artikelen 15 tot en met 20 niet van toepassing, behalve wanneer de betrokkene, met het oog op de uitoefening van zijn rechten uit hoofde van die artikelen, aanvullende gegevens verstrekt die het mogelijk maken hem te identificeren.

HOOFDSTUK III

Rechten van de betrokkene

Afdeling 1

Transparantie en regelingen

Artikel 12

Transparante informatie, communicatie en nadere regels voor de uitoefening van de rechten van de betrokkene

1. De verwerkingsverantwoordelijke neemt passende maatregelen opdat de betrokkene de in de artikelen 13 en 14 bedoelde informatie en de in de artikelen 15 tot en met 22 en artikel 34 bedoelde communicatie in verband met de verwerking in een beknopte, transparante, begrijpelijke en gemakkelijk toegankelijke vorm en in duidelijke en eenvoudige taal ontvangt, in het bijzonder wanneer de informatie specifiek voor een kind bestemd is. De informatie wordt schriftelijk of met andere middelen, met inbegrip van, indien dit passend is, elektronische middelen, verstrekt. Indien de betrokkene daarom verzoekt, kan de informatie mondeling worden megedeeld, op voorwaarde dat de identiteit van de betrokkene met andere middelen bewezen is.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Overig

B.35 Diëtetiek

U heeft recht op 3 uur diëtetiek door een diëtist. Dit is 3 uur per kalenderjaar. Diëtetiek bestaat uit voorlichting en advies op het terrein van voeding en eetgewoonten. De diëtetiek heeft een medisch doel. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat diëtisten als zorg plegen te bieden.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. afspraken buiten reguliere werktijden;
- b. niet-nagekomen afspraken;
- c. rapporten.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed?](#) En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op.

B.36 Gecombineerde leefstijlinterventie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Heeft u een risicoprofiel matig verhoogd, sterk verhoogd of extreem verhoogd Gewichtsgelateerd GezondheidsRisico (GGR) volgens de Zorgstandaard Obesitas van Partnerschap Overgewicht Nederland (PON)? Dan heeft u recht op een Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI).

De GLI is een programma gericht op het veranderen van uw gedrag. Hierbij krijgt u begeleiding bij het verbeteren van uw eetgewoontes, het verhogen van uw bewegingsactiviteit en het vasthouden van deze gewoontes als duurzame gedragsverandering. Dit programma heeft een duur van 2 jaar.

Voorwaarden voor het recht op GLI

1. U moet 18 jaar of ouder zijn. Bent u 16 of 17 jaar oud? Dan heeft u recht op een Gecombineerde Leefstijlinterventie als uw huisarts deze zorg voor u passend acht.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts.
3. Een matig verhoogd, sterk verhoogd of extreem verhoogd GGR moet door de huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts zijn vastgesteld. Deze risico's zijn uitgewerkt in de Zorgstandaard Obesitas van PON.
4. De zorgverlener werkt met een effectief GLI-programma dat als zodanig is geregistreerd bij het Loket Gezond Leven en dat als verzekerde zorg is aangemerkt.
5. De zorgverlener moet minimaal beschikken over de competenties op het niveau van HBO-leefstijlcoach en met een aantekening GLI ingeschreven staan in één van de volgende registers:
 - a. het Register voor Leefstijlcoaches van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN);
 - b. het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) of het deelregister van de stichting Keurmerk Fysiotherapie;
 - c. of, in het geval van diëtisten of oefentherapeuten, het kwaliteitsregister Paramedici.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op GLI wanneer uw GGR volgens de Zorgstandaard Obesitas door de huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts is ingeschat als licht verhoogd.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wij hebben voor GLI zorggroepen gecontracteerd, die samenwerken met zorgverleners die de effectieve GLI aanbieden. Werkt uw zorgverlener in opdracht van de zorggroep? Dan krijgt u de kosten volledig vergoed. De zorggroep declareert per kwartaal de kosten rechtstreeks bij ons; de zorgverlener declareert zijn kosten bij de zorggroep.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op.

Let op!

GLI is een nieuwe zorgoplossing, die ook nog niet eerder op deze manier door zorgverleners aangeboden is. Kwalitatief goede zorg vinden wij belangrijk. Om die reden zien wij strikt toe op de kwaliteitseisen die wij stellen aan onze gecontracteerde zorgverleners. Om te borgen dat ook de zorg die wordt geleverd door zorgverleners die wij niet contracteren voldoet aan onze eisen, hebben wij een machtigingsprocedure ingericht. Voor klanten die gebruik (willen) maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener gelden de onderstaande aanvullende voorwaarden.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier ‘aanvraagformulier niet-gecontracteerde Gecombineerde Leefstijlinterventies’ welke te vinden is op onze website. Bij de aanvraag moet het volgende worden opgestuurd:

- de naam en verwijfsbrief van de huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts waarop staat dat u een matig, sterk of extreem verhoogd GGR heeft;
- de naam en de AGB-code van de zorgverlener, die het GLI programma begeleidt;
- de naam van het GLI programma.

Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en/of uw zorgverlener ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.

B.37 Huisartsenzorg

U heeft recht op geneeskundige zorg verleend door een huisarts. Een zorgverlener die onder zijn verantwoordelijkheid werkzaam is, kan de zorg ook verlenen. Als een huisarts het aanvraagt, heeft u ook recht op röntgen- en laboratoriumonderzoek. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat huisartsen als zorg plegen te bieden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een huisarts met wie wij geen contract hebben afgesloten? Of maakt de huisarts gebruik van een zorgverlener voor röntgen- en laboratoriumonderzoek met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

4.1 Recht op zorg bij gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgverleners

Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. Wij vergoeden het deel van deze zorg dat niet onder de eigen bijdragen (inclusief het eigen risico) valt. Hoe hoog uw vergoeding is, hangt onder andere af van de zorgverlener, zorginstelling of leverancier die u kiest. U kunt kiezen uit:

- zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers die een contract met ons hebben afgesloten (gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen gecontracteerde zorgverleners);
- zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers met wie wij geen contract hebben (niet-gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen niet-gecontracteerde zorgverleners).

4.2 Gecontracteerde zorgverleners

Heeft u zorg nodig die valt onder de basisverzekering? Dan kunt u elke zorgverlener in Nederland kiezen die een contract heeft met ons. Deze zorgverlener declareert de kosten rechtstreeks bij ons.

Als wij een contract hebben gesloten met een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC), dan hoeft dat niet altijd te betekenen, dat wij dat hebben gedaan voor alle zorg en/of alle behandelingen die het ziekenhuis of de ZBC verleent. Het kan ook betekenen dat wij een ziekenhuis of een ZBC alleen hebben gecontracteerd voor een bepaalde behandeling of een aantal behandelingen.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Of voor welke zorg en/of behandelingen wij ziekenhuizen of ZBC's hebben gecontracteerd? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op.

Omzetplafonds

1. Wij spreken omzetplafonds af met gecontracteerde zorgverleners. Dit houdt in dat zorgverleners in een kalenderjaar slechts een vooraf vastgesteld maximumbedrag voor de door hen te leveren zorg krijgen uitbetaald. De reden dat wij dit doen is om de zorgkosten te beperken. Dit is noodzakelijk om een grote stijging van de zorgpremies te voorkomen.
2. Wij doen er alles aan om de gevolgen van omzetplafonds voor u te beperken. Toch kunt u gevolgen ondervinden van omzetplafonds. Zo kan het zijn dat een zorgverlener pas een afspraak met u maakt in het nieuwe kalenderjaar. Ook kan het voorkomen dat wij u verzoeken om, wanneer u toch nog hetzelfde kalenderjaar geholpen wilt worden, naar een andere gecontracteerde zorgverlener te gaan. U kunt met een dergelijk verzoek van ons instemmen, of u kunt wachten tot het nieuwe jaar.
3. Via de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl kunt u terugvinden met welke zorgverleners wij een omzetplafond hebben afgesproken.
4. Wij behouden ons het recht voor om gedurende het kalenderjaar zorgverleners (tijdelijk) van de lijst met gecontracteerde zorgverleners van de Zorgzoeker te verwijderen op het moment dat hun omzetplafond bereikt is. Dit betekent dat een aantal gecontracteerde zorgverleners per 1 januari 2024, in de loop van het jaar van de lijst met gecontracteerde zorgverleners wordt geschrapt, zodat u (bijvoorbeeld) op 1 december 2024 misschien een beperkter keuzeaanbod heeft als op 1 januari 2024. Houd u hier rekening mee.

4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan dit gevolgen hebben voor de hoogte van uw vergoeding.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

Let op!

Dit artikel geldt niet voor een eventueel door u afgesloten aanvullende module. In artikel [C.2.1 Wat wij vergoeden](#) leest u wat er voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg in de aanvullende module geldt.

Voor hulpmiddelen en farmacie hebben wij een beperkt aantal zorgverleners gecontracteerd. Dit noemen wij selectieve contractering.

4.3.1 Naturapolis (FBTO Zorgverzekering Basis)

U heeft een naturapolis. Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u recht op een vergoeding van maximaal 65% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Voor de berekening van het gemiddeld gecontracteerd tarief wordt uitgegaan van het gemiddelde van alle contracten of van het basistarief of standaardtarief voor de reguliere prestaties uit de Zorgverzekeringswet. Omdat er geen zicht is op de kwaliteit van de geleverde zorg door niet gecontracteerde zorgverleners, wordt er aan de opslagen (toeslagen) voor kwaliteit geen waarde gehecht.

Voor de berekening van het gemiddeld gecontracteerd tarief voor Zelfstandige Behandelcentra's (ZBC's) wordt uitgegaan van de ZBC-tarievenlijst. De lijsten met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Voor onderzoek (eerstelijns diagnostiek) dat de huisarts of verloskundige voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgverlener wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek) vergoeden wij de kosten tot maximaal 65% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Hebben wij onvoldoende zorg ingekocht en/of kan een gecontracteerde zorgverlener de zorg niet op tijd leveren? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 65% van het gemiddeld gecontracteerde tarief? Dan kunt u het bedrag bij ons opvragen. De lijst met tarieven is ook te vinden op onze website.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het Wmg-tarief of het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u (een indicatie van) dit bedrag bij ons opvragen.

Hardheidsclausule

Het FBTO Zorgteam kan u helpen bij het vinden van een zorgverlener die past bij uw situatie. Kiest u voor een zorgverlener met een contract? Dan vergoeden wij het afgesproken tarief volledig. Kiest u liever toch voor een zorgverlener zonder contract maar belemmert de lagere vergoeding (65% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht bij gecontracteerde zorgverleners) uw keuze? Dan kunt u ons schriftelijk aangeven waarom deze lagere vergoeding uw keuze belemmert en vragen alsnog een hoger percentage te vergoeden. Wij nemen uw verzoek in behandeling en vertellen u binnen vier weken of wij u een hogere vergoeding (maximaal 75% van het van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners)) kunnen bieden.