

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, vertegenwoordigd door C te B, en ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Amersfoort
Zaak	: Medisch specialistische zorg, farmaceutische zorg, B12 Institute, vitamine B12-injecties, stand van de wetenschap en praktijk, indicatie
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.8 Bzv, 2.5 en bijlage 1 Rzv Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022
Zaaknummer	: 202201695
Zittingsdatum	: 11 oktober 2023

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 22 mei 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 24 mei 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 4 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 7 augustus 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 31 augustus 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023033606) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 1 september 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 11 oktober 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. Zoals ter zitting is afgesproken heeft verzoekster op 30 oktober 2023 aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Kopieën hiervan zijn aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 22 november 2023 hierop gereageerd. Een kopie hiervan is ter informatie aan verzoekster gezonden. Zij heeft bij e-mailbericht van 7 december 2023 gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar. Een kopie hiervan is ter informatie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 12 december 2023 aan het Zorginstituut gestuurd. Daarbij heeft de commissie nadere vragen gesteld aan het Zorginstituut en gevraagd of het voorlopig advies van 31 augustus 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 31 januari 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Daarnaast heeft het Zorginstituut de vragen van de commissie beantwoord. Een kopie van het definitieve advies is op 31 januari 2024 aan partijen gestuurd, waarbij zij de mogelijkheid hebben gekregen hierop schriftelijk te reageren. Partijen hebben hiervan geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Eigen Keuze (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvulling Uitgebreid en Tandarts Optimaal (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster is sinds 2020 onder behandeling bij het B12 Institute te Rotterdam en krijgt in het kader van die behandeling B12-injecties. Aanvankelijk zijn de nota's van deze zorgaanbieder vergoed. In 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verdere vergoeding geweigerd. Naar aanleiding hiervan heeft verzoekster op 3 maart 2022 een e-mailbericht gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij e-mailbericht van 4 maart 2022 gereageerd, onder handhaving van zijn afwijzende beslissing. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 5 maart 2022 nogmaals aangeschreven. Naar aanleiding van een brief van 20 juni 2022 van de ziektekostenverzekeraar inzake de afwijzing van een nota van € 355,09 met behandeldatum 1 februari 2022, heeft verzoekster bij e-mailberichten van 11 en 19 juli 2022 verzocht alsnog de consulten bij het B12 Institute te vergoeden. Nadat de ziektekostenverzekeraar bij het ingenomen standpunt bleef, heeft verzoekster zich tot de SKGZ gewend, waarna de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bemiddeld. Deze bemiddeling heeft niet tot een voor verzoekster gunstige beslissing geleid.
- 3.3. Bij brief van 14 maart 2023 heeft de behandelend arts, voor zover hier van belang, over verzoekster verklaard:

"Onverklaarbare pijn aan spieren bij stuit, sinds een halfjaar kan niet meer sporten. Bij de HA geweest, foto gemaakt, is ooit gebroken geweest, advies naar fysio, tijdens de behandeling bij fysio pijn erger geworden dus ermee gestopt. Geen trauma gehad. Onbekend wanneer gebroken is geweest. Daarnaast pte heeft ook last van bleekheid, pijn in haar benen, kan niet lang staan. Menstruatie blijft vaak langere tijd weg. 1 week te laat of vroeg. Al lang last van kortademigheid vv in het verleden puffjes gebruikt. Altijd verkouden, last van duizeligheid, regelmatig hoofdpijn, Ook heeft zij last van rugklachten, spierpijn, krachtverlies, linkerhand trillen tussen haar wijsvinger en duim, kramp in aar kuit maar laatste tijd niet meer. Geen paresthesieën maar wel concentratieverlies en vergeetachtigheid. De laatste jaren meer last van vermoeidheid. Eetlust voldoende, gewicht is stabiel, slaapt goed. Zij heeft vaak soja en energie drankjes gedronken waardoor foliumzuur en vit B12 omhoog ging. Maar nu sinds 6 maanden gestopt. (...)

Het betreft een 17 jarig meisje met sinds 6 jaar met klachten van pijn aan spieren bij haar stuit, kortademigheid, bleekheid, pijn in haar benen. Daarnaast concentratieverlies, stemmingswisselingen, veel hoofdpijn en ongewone vermoeidheid.

Familiaire belasting B12 deficiëntie.

Patiënte werd bij onze specialist gezien waarna uit laboratoriumtesten een normale waarde B12 onder suppletie vastgesteld, maar daarnaast een verhoogde homocysteïne aangetoond. Het protocol, ook van de NHG, adviseert het testen van metaboliëten bij suspecte van B12 def bij normale waarden. Deze waarde blijkt verhoogd waarbij alsnog vitamine B12 deficiëntie hematologisch is aangetoond.

Gezien de verhoogde homocysteïne-waarde bij kinderen, zoals gepubliceerd door Monsen et al, 2003, naast een voldoende foliumzuur en B6, die bij lage waarden ook een verhoogde homocysteïne waarde laat zien, en tevens normale nierfunctie, is hiermee een functionele B12 deficiëntie vastgesteld. Gezien het neurologisch klachtenbeeld was een behandeling met injecties geïndiceerd."

- 3.4. Bij brief van 31 augustus 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.5. Bij brief van 30 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 een consult bij het B12 Institute in 2022 en van de B12-injecties te vergoeden.
- 4.2. In het klachtenformulier van 3 oktober 2022 stelt verzoekster dat zij lijdt aan de ziekte van Addison-Biermer. De ziektekostenverzekeraar erkent de door haar kinderarts gestelde diagnose niet. Verder verwijst verzoekster naar haar recht op vrije artsenukeuze. Dit recht wordt door de ziektekostenverzekeraar niet gerespecteerd.

In haar brief van 22 mei 2023 aan de commissie zet verzoekster uiteen dat bij haar sprake is van een B12-tekort, waarbij erfelijke aanleg een rol speelt. Zij wil voorkomen dat haar hetzelfde lot treft als haar moeder en haar opa, namelijk overlijden of rolstoel gebonden worden en niet kunnen werken. Zij brengt, onder meer, naar voren dat uit de bloedonderzoeken blijkt dat de homocysteïne voor de start van de injecties steeg naar 14, en dat ijzer, ferritine en B12 steeds opnieuw dalen. Verzoekster stelt al haar leven lang vlees, kaas, eieren en melk te nuttigen om hieruit B12 op te nemen. Dit gebeurt echter niet. Zij gebruikt geen maagzuurremmers.

Een verhoogd homocysteïne - boven de 9 - kan komen door foliumzuur gebrek, B6-gebrek, nierproblemen of schildklierproblematiek. Omdat deze oorzaken zijn uitgesloten, moet worden geconcludeerd dat sprake is van B12-deficiëntie. De NHG-richtlijnen hanteren een waarde van 12. Een verhoogd homocysteïne leidt tot een groter risico op een hart- of herseninfarct.

Een andere marker is methylmalonzuur (MMA). Een hoge MMA-waarde kan erop wijzen dat er niet genoeg B12 in het lichaam aanwezig is. Ook bij relatief normale waarden kan er toch een B12-deficiëntie bestaan. Voor de diagnostiek, vooral bij jongeren tot 20 jaar, is het daarom zaak te testen, in combinatie met het beoordelen van symptomen - zoals neurologische problemen - en een eventueel B12 tekort in de familie hierbij te betrekken. De waarden voor homocysteïne, ferritine en foliumzuur liggen bij kinderen anders dan bij volwassenen.

Een B12-tekort kan leiden tot megaloblastaire anemie en onomkeerbare neurologische schade als gevolg van demyelinisatie. Verzoekster heeft klachten die hierop wijzen, zoals vermoeidheid, kortademigheid, duizeligheid, hoofdpijn, bleekheid, hartkloppingen, koude handen en voeten en tintelingen in de voeten. Ook kampt zij met ataxie. Het komt veel voor dat verzoekster valt en dingen laat vallen en er is een verstoring in de balans.

Verzoekster heeft B12-ampullen geprobeerd, maar deze bevatten benzylalcohol, en zij kreeg hiervan allergische klachten, zoals hoofdpijn, braken, benauwdheid en bleekheid. De ziektekostenverzekeraar weigert ampullen zonder benzylalcohol te vergoeden, dit is onredelijk en onaanvaardbaar (brief 22 mei 2023).

In een ongedateerde brief stelt verzoekster dat de B12-injecties wel worden vergoed indien deze worden toegediend in het ziekenhuis. Voorts wijst zij erop dat het B12 Institute een vergunning heeft van de overheid, in die zin dat de instelling beschikt over een WTZi toelating. Het B12 Institute en de B12 Research Foundation werken samen met het Erasmus MC, afdeling Klinische Chemie, en de University of California, Department of Nutrition. Er zijn drie BIG-geregistreerde kinderartsen en vijf internisten werkzaam. De huisarts heeft verzoekster naar het B12 Institute verwezen vanwege de daar aanwezige kennis en zij is gezien door een kinderarts, die de diagnose B12-deficiëntie heeft gesteld.

Zoals uit het Farmacotherapeutisch Kompas blijkt, is een levenslange behandeling met vitamine B12 wel degelijk mogelijk. Anders dan de ziektekostenverzekeraar beweert, staat in het NHG standpunt niet dat bij B12-deficiëntie van tabletten gebruik moet worden gemaakt. Volgens

verzoekster speelt bij haar niet (alleen) een inname-probleem, maar (ook) een opname-probleem en werken de hoog gedoseerde smelttabletten om die reden bij haar niet. Dit is erfelijk bepaald. Door het tuchtcollege is vastgesteld dat de behandeling met B12-injecties veilig is. Dat de behandeling niet 'evidence based' is, kan niet overtuigen, aangezien dit ook geldt voor de behandeling van coronapatiënten. De daaraan verbonden kosten worden gewoon vergoed. Verzoekster meent daarnaast dat de ziektekostenverzekeraar op de stoel van de behandelend arts gaat zitten.

In haar e-mailbericht van 19 juli 2022 wijst verzoekster erop dat zij aanvullend is verzekerd en tekent zij aan dat eerdere consulten wél door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed. Andere zorgverzekeraars verlenen volgens haar vergoeding voor de B12-injecties.

In haar reactie van 2 oktober 2023 naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut van 31 augustus 2023 zet verzoekster uiteen dat het haar gaat om de vraag waarom de zorgverzekeraar de consulten van het B12 Institute in Rotterdam niet vergoedt. Die instelling biedt immers dezelfde zorg als alle andere klinieken en ziekenhuizen. Verzoekster is het niet eens met de conclusie van het Zorginstituut. Zij is van mening dat B12-tekort wel degelijk is aangetoond en juist omdat een onbehandelde B12-deficiëntie tot veel schade leidt, is het van belang een goede behandeling in te zetten. Verder is het onterecht dat de kinderarts van verzoekster en de juistheid van haar beoordeling en haar behandeling niet worden erkend en in twijfel worden getrokken. Tevens herhaalt verzoekster haar beroep op het recht van vrije artskeuze.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop, daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, nog verklaard dat haar verzoek zowel de vergoeding van het consult bij het B12 Institute betreft als de vergoeding van de B12-injecties. Het consult van 1 februari 2022 was een gewoon consult. Verzoekster was op dat moment al twee jaar bezig met de B12-injecties. De injecties worden niet toegediend door het B12 Institute, maar door verzoekster zelf. Verzoekster heeft nogmaals benadrukt dat zij destijds minderjarig was, en dat voor minderjarigen andere bloedwaardes gelden dan voor volwassenen. Verzoekster is het daarom niet eens met de conclusie van het Zorginstituut.
- 4.4. Verzoekster heeft op 30 oktober 2023 aanvullende informatie aan de commissie gezonden, dit betreft onder meer nota's, mailverkeer met het B12 Institute en informatie over de broer van verzoekster.
- 4.5. Verzoekster heeft op 7 december 2023 per e-mail gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 22 november 2023. Verzoekster merkt op dat zij blij is met de vergoeding van de B12-injecties. Zij wil echter ook vergoeding van het consult, en hierover heeft de ziektekostenverzekeraar niets gezegd.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. In zijn brief van 4 maart 2022 concludeert de ziektekostenverzekeraar dat het B12 Institute geen zorg levert die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hij verwijst hiervoor in latere correspondentie naar bladzijde 13 van de voorwaarden van de zorgverzekering, onder het kopje 'Grondslag van de verzekering'. In zijn brief van 15 december 2022 schrijft de ziektekostenverzekeraar dat hij na een controle heeft besloten om zorg van het B12 Institute en de vitamine B12 Kliniek niet meer te vergoeden. Dit omdat zij veel zorg verlenen die niet aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet. In deze brief en in zijn brief van 10 januari 2023 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen schrijft de ziektekostenverzekeraar dat hij meer informatie nodig heeft om te beoordelen of verzoekster is aangewezen op vitamine B12-injecties.

Naar aanleiding van de nadien ontvangen brief van de behandelend arts van 14 maart 2023, licht de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 5 april 2023 toe dat volgens zijn medisch adviseur bij verzoekster geen sprake is van typische klachten die bij een vitamine B12-tekort horen. Uit de NHG-standaard volgt dat er bij klachten als duizeligheid, vermoeidheid en problemen met concentratie of cognitie geen duidelijkheid is over de relatie met vitamine B12. Daarnaast is het

vitamine B12-gehalte bij verzoekster op geen enkel moment te laag, ook niet laag-normaal. De NHG-standaard stelt dat alleen als er klachten zijn die kunnen passen bij een vitamine B12-tekort en de vitamine B12-spiegel laag-normaal is, men kan overwegen de metabolieten van vitamine B12 te bepalen. Dit zijn methylmalonzuur (MMA) en homocysteïne. Beide zijn verhoogd als er een daadwerkelijk vitamine B12-tekort is. De bovengrens ligt dan (voor MMA) op 260 (en in Nederland zelfs op 350). Bij verzoekster is het MMA 90 en dus volkomen normaal. De behandelend arts wijst in de brief op het homocysteïne, dat net aan de hoge kant is, maar soms ook gewoon normaal is (bovengrens is 12). Volgens de NHG-standaard kan homocysteïne door heel veel andere oorzaken zijn verhoogd dan enkel door een vitamine B12-tekort, en daarom is het geen geschikte bepaling om een dergelijk tekort aan te tonen. Het artikel dat in de brief wordt genoemd (Monsen et al. 2003) toont niet aan dat homocysteïne kan worden gebruikt om bij deze klachten en labwaarden een vitamine B12-tekort vast te stellen. Ook het holotranscobalamine is geheel normaal (ondergrens 35). Uit de NHG-standaard volgt dat indicaties voor een vitamine-B12-bepaling of (indien beschikbaar) een holotranscobalamine-bepaling niet-microcytaire anemie en neurologische symptomen, in het bijzonder paresthesieën en ataxie zijn. Daar heeft verzoekster echter geen last van. Dit betekent dat bij verzoekster geen sprake is van een aangetoond vitamine B12-tekort. In die situatie behoort suppletie van vitamine B12 door middel van injecties niet tot de stand van de wetenschap en praktijk.

Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar in de brieven van 15 december 2022 en 10 januari 2023 nog uiteengezet dat zelfs als een B12-tekort zou zijn aangetoond – hetgeen bij verzoekster dus niet het geval is – volgens het NHG standpunt ‘Diagnostiek van vitamine-B12-deficiëntie’ van 3 december 2014 in het algemeen kan worden volstaan met het gebruik van tabletten, onder begeleiding van de huisarts en verzoekster ook dan niet onder controle zou hoeven blijven bij het B12 Institute. Daarbij betreft het een over the counter product, waarvan de kosten voor eigen rekening zijn. Ook voor de behandeling van de ziekte van Addison-Biermer zijn tabletten toereikend. Bij verzoekster is deze aandoening overigens niet aan de orde. B12-injecties zijn alleen (en meestal tijdelijk) aangewezen als een snelle normalisering van het B12-gehalte wenselijk is vanwege de ernst van de klachten, zoals blijkt uit het NHG standpunt en een advies van het Zorginstituut.

Eerder zijn wel kosten van consulten van de B12 Kliniek/het B12 Institute vergoed. Dit kwam door de geautomatiseerde verwerking van de declaraties. Dit betekent niet dat de door deze klinieken verleende zorg toen wel voldeed aan de stand van de wetenschap en praktijk en/of dat verzekerden er toen wel redelijkerwijs op aangewezen waren.

In zijn brief van 4 augustus 2023 merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor geneesmiddelen.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat zijn standpunt is dat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en daarom wordt niet toegekomen aan de vraag of een geneesmiddel al dan niet preferent is. Ook het Zorginstituut heeft geconcludeerd dat geen sprake is van een B12-tekort, dus wordt niet voldaan aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'.
Pas als sprake is van een tekort, wordt gekeken of betrokkene is aangewezen op injecties.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 22 november 2023 benadrukt dat verzoekster recht heeft op een ander dan het voorkeursgeneesmiddel als daarvoor een medische noodzaak bestaat. Het is in eerste instantie aan de voorschrijvend arts om dat te beoordelen. Als sprake is van een medische noodzaak om een ander dan het voorkeursgeneesmiddel te gebruiken, dan moet dat op het voorschrift worden vermeld met de letters/woorden ‘MN’ of Medische Noodzaak’. Tussen de door verzoekster nagestuurde stukken zitten echter geen voorschriften. Daarom kan de ziektekostenverzekeraar niet beoordelen of daarop ‘MN’ of ‘Medische Noodzaak’ staat vermeld. De ziektekostenverzekeraar heeft in voornoemde stukken wel gezien dat een aantal declaraties voor vitamine B12-ampullen en injectiespuiten is geweigerd vanwege een 'gebrek aan medische noodzaak'. Dit betreft declaraties uit 2021. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn administratie gezien dat de declaraties uit 2020, 2022, en 2023 van het merk Takeda wél door hem zijn

vergoed. Hij vindt het daarom aannemelijk dat sprake is van een medische noodzaak en zal om die reden de kosten uit 2021 alsnog vergoeden.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 31 augustus 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Vitamine B12 suppletie kan verzekerde zorg zijn bij een vastgestelde vitamine B12 deficiëntie. De vraag die in dit geschil moet worden beantwoord is of verzekerde op vitamine B12 suppletie, en in het bijzonder op suppletie via vitamine B12 injecties, is aangewezen.

Nederlandse richtlijnen

Er is geen Nederlandse specialistenrichtlijn over dit onderwerp. 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. Hierbij wordt ook verwezen naar het NHG-standpunt.

Diagnostiek van vitamine B12 tekort

Volgens dit standpunt zijn indicaties voor een vitamine B12 bepaling of, indien aanwezig, een holotranscobalamine (holo-TC) bepaling: niet-microcytaire anemie of neurologische symptomen zoals paresthesiën en ataxie. Bij andere klachten als duizeligheid, vermoeidheid, problemen met concentratie of cognitie is de relatie met vitamine B12 tekort onduidelijk.

(...)

Behandeling vitamine B12 tekort

In hetzelfde NHG-standpunt is vermeld dat de behandeling bestaat uit 1000 mcg per dag. 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.

In het betreffende 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 vitamine B12 tekort is ook op de kennisagenda van de NIV geplaatst. Bij dezelfde telefonische navraag op 24 augustus 2023 bij de NIV blijkt dat ook hier geen document van is verschenen.

Recente studies met betrekking tot vitamine B12

Op 24 augustus 2023 is 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 geen studies gevonden over de beste bloedbepaling van vitamine B12 deficiëntie. Wel 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.

Indicatie bij verzekerde

Verzekerde heeft een aantal klachten zoals stuiptij, bleekheid, pijn in haar benen, verstoorde menstruatie, kortademigheid, verkoudheid, duizeligheid, hoofdpijn, rugklachten, spierpijn,

krachtsverlies, trillingen in de linkerhand, kuitkrampen, concentratieverlies, vergeetachtigheid en vermoeidheid. Deze klachten zijn atypisch voor een vitamine B12 deficiëntie, want dan is specifiek sprake van ataxie of paresthesiën. Bij de bloedbepalingen was het Hb-gehalte (9,1 en 8,4) normaal, dus is er ook geen sprake van anemie als oorzaak. De laagst gemeten vitamine B12 waarde in het bloed was 318, dus boven de ondergrens van 250. De holo-TC, die een preciezere meting is van het vitamine B12, was met 140 ruim boven de ondergrens van 60. De gemeten MMA-waarde was maximaal 90, dus ruim onder de grenswaarde van 350. Hoewel de sensitiviteit van de HCy bepaling beperkt is, kan deze ook gemeten worden. Met waarden tot 14 was deze bij verzoekster hoognormaal (moet <13-15 zijn). De door behandelaar gerefereerde publicatie van Monson¹⁰ over de relatie van een verhoogde HCy en MMA waarde bij een lager vitamine B12 betreft alleen het eerste levensjaar. Daarbij is het nog maar de vraag of dit metabole profiel verklaard wordt door een verlaagd cobalamine gehalte, zo concluderen de onderzoekers.

Gezien de aanwezige aspecifieke klachten en normale bloedwaarden van vitamine B12, holo-TC en MMA, is er bij verzekerde geen sprake van een vitamine B12 deficiëntie die suppletie hiervan noodzakelijk maakt. Verzekerde voldoet dan ook niet aan de voorwaarden voor een behandeling van een vitamine B12 tekort met vitamine B12 suppletie. De vraag over de wijze van toediening is daarom niet meer aan de orde.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op (een indicatie heeft voor) een behandeling met vitamine B12 injecties."

- 6.2. In het definitief advies van 30 januari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Uit het verslag 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 geen indicatie heeft voor suppletie met vitamine B12. U vraagt het Zorginstituut of de (bloed)waardes die gelden voor volwassenen van invloed zijn op het al dan niet aangewezen zijn op vitamine B12 injecties. Ook vraagt u het Zorginstituut of de consulten bij het B12 Institute in aanmerking komen voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

Voor kinderen/jongvolwassenen gelden lagere bovengrenzen van (bloed)waardes voor HCy dan voor volwassenen, en bij jonge vrouwen ook nog lager dan bij jonge mannen. Voor volwassenen is de bovengrens 15.

Gezien de zeer leeftijdsspecifieke en seksspecifieke bovengrens van HCy bij kinderen/jongvolwassenen heeft de medisch adviseur van het Zorginstituut op 25 januari 2024 hierover een telefonisch overleg gehad met een klinisch chemicus van het metabole laboratorium van het Radboudumc te Nijmegen. Deze gaf aan dat HCy bij kinderen zelden wordt bepaald in het kader van vitamine B12 deficiëntie, hooguit in het kader van verdenking op een stofwisselingsziekte. Ook is HCy geen specifieke bepaling voor een vitamine B12 deficiëntie. Daarbij is er, in tegenstelling tot wat eerder werd gedacht, volgens de klinisch chemicus geen verband tussen een verhoogd HCy en het optreden van hart- en vaatziekten.

Bij jonge vrouwen (15-18 jaar) is de bovengrens van HCy 12,2. Dit is altijd een gemiddelde waarde voor 95% van de patiënten. Vijf procent van de jonge vrouwen kan dan ook een iets hogere of lagere waarde hebben. Dit heeft dan nog geen klinische consequenties bij normale waarden van vitamine B12 of MMA. Pas bij hele hoge HCy waarden (>50-100) is er volgens de klinisch chemicus sprake van ziekte. Tweemaal (van in totaal vier metingen) werden bij verzoekster licht verhoogde HCy waarden geconstateerd (13,6 en 14).

Het Zorginstituut concludeert op basis van bovenstaande dat er geen sprake is van vitamine B12 deficiëntie die suppletie noodzakelijk maakt.

In zijn algemeenheid geldt dat het eerste consult voor onverzekerde zorg wel verzekerd is, mits voorafgaand aan het consult niet vast stond dat sprake was van onverzekerde zorg. Aangezien voorafgaand aan het consult bij het B12 Institute de diagnose nog niet vaststond, komt het eerste consult bij het B12 Institute voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. De volgende consulten zijn geen verzekerde zorg."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 17 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 17 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg, farmaceutische zorg, de stand van de wetenschap en praktijk, en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' 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.

Zorgverzekering

- 8.2. Verzoekster heeft aanvankelijk de stelling betrokken dat zij lijdt aan de ziekte van Addison-Biermer. In de loop van de procedure is duidelijk geworden dat deze aandoening bij haar niet aan de orde is, waarna zij heeft verklaard dat sprake is van een vitamine B12-deficiëntie, waarvoor zij wordt behandeld bij het B12 Institute en waarvoor zij zichzelf injecteert met B12. Volgens de ziektekostenverzekeraar voldoet deze behandeling niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie merkt op dat (mede) aan de hand van genoemd criterium wordt bepaald of een zorgvorm een verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering. Is dat het geval, dan moet vervolgens worden nagegaan of de individuele verzekerde redelijkerwijs op de zorg is aangewezen.
De ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat B12-injecties soms kunnen zijn aangewezen, met name indien een snelle normalisering van het vitamine B12-gehalte wenselijk is. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoekster daarentegen langdurig met deze injecties wordt behandeld én dat bij haar geen sprake is van B12-deficiëntie. Zou deze er wel zijn, dan is behandeling met tabletten, onder begeleiding van de huisarts, mogelijk.
De commissie zal daarom als eerste ingaan op de vraag of toediening van B12-injecties, anders dan in de situatie dat een snelle normalisering van het vitamine B12-gehalte wenselijk is, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie neemt hierbij het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt.
- 8.3. 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.

- 8.4. 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 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.
- 8.5. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot het toedienen van B12-injecties, anders dan in de situatie dat een snelle normalisering van het vitamine B12-gehalte wenselijk is, bij vitamine B12-deficiëntie. Zijn advies van 31 augustus 2023 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut overweegt dat vitamine B12-suppletie bij een vastgestelde vitamine B12-deficiëntie verzekerde zorg op basis van de zorgverzekering kan zijn.
- 8.6. Door de ziektekostenverzekeraar is voorts gesteld dat bij verzoekster geen vitamine B12-deficiëntie aan de orde is, zodat zij niet redelijkerwijs op de in het geding zijnde zorg is aangewezen. Zou dit overigens anders zijn, dan kan zij worden behandeld met tabletten, onder begeleiding van de huisarts.
- Met betrekking hiertoe overweegt het Zorginstituut dat, gezien de aanwezige specifieke klachten en normale bloedwaarden van vitamine B12, holo-TC en MMA, er bij verzoekster geen sprake is van een vitamine B12-deficiëntie die suppletie hiervan noodzakelijk maakt. Verzoekster heeft evenwel aangevoerd dat voornoemde waardes bij kinderen/minderjarigen anders zijn. Daarom heeft het Zorginstituut, daarnaar door de commissie gevraagd, overleg gehad met een klinisch chemicus van het metabole laboratorium van het Radboudumc te Nijmegen. De klinisch chemicus heeft verklaard dat een iets hogere HCy waarde niet meteen klinische consequenties heeft bij normale waarden van vitamine B12 of MMA. Pas bij heel hoge HCy waarden is er sprake van ziekte. Bij verzoekster is tweemaal een licht verhoogde HCy waarde vastgesteld. Het Zorginstituut concludeert daarom dat bij verzoekster geen sprake is van een vitamine B12-tekort die suppletie noodzakelijk maakt.
- Verzoekster voldoet dan ook niet aan de voorwaarden voor behandeling van een vitamine B12-tekort met vitamine B12-suppletie. De vraag over de wijze van toediening is daarom niet meer aan de orde. Het Zorginstituut komt tot de slotsom dat niet kan worden geconcludeerd dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op (een indicatie heeft voor) behandeling met vitamine B12-injecties. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de behandeling met B12-injecties en/of behandeling door het B12 Institute ten laste van de zorgverzekering.
- 8.7. De commissie neemt de conclusie van het Zorginstituut, zoals hierboven omschreven, over. Dit betekent dat verzoekster op grond van de zorgverzekering geen aanspraak heeft op vergoeding van de B12-injecties en/of behandeling door het B12 Institute. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 22 november 2023 volgt dat hij om hem moverende redenen niettemin B12-ampullen en injectiespuiten heeft vergoed en over 2021 nog zal vergoeden. De commissie zal in deze beslissing niet treden.
- Specifiek met betrekking tot de vraag of de ziektekostenverzekeraar vergoeding van het consult van 1 februari 2022 bij het B12 Institute mocht weigeren, overweegt de commissie als volgt. Zoals het Zorginstituut in zijn definitieve advies van 30 januari 2024 heeft toegelicht, kan aanspraak bestaan op vergoeding van het eerste consult in het geval op dat moment nog niet vast stond dat sprake was van onverzekerde zorg. Verzoekster heeft echter tijdens de hoorzitting duidelijk gemaakt dat het betreffende consult niet het eerste consult was, maar een volgend consult in het kader van een lopende behandeling. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak

op vergoeding van het consult van 1 februari 2022 bij het B12 Institute. Het enkele feit dat de ziektekostenverzekeraar, zoals verzoekster onweersproken heeft gesteld, eerder consulten heeft vergoed, brengt niet mee dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het onderhavige consult, waarbij sprake is van onverzekerde zorg, te vergoeden. Ook hetgeen verzoekster heeft aangevoerd met betrekking tot haar medische situatie en de behandelopties maakt dit niet anders.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.8. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij aanvullend is verzekerd. De aanvullende ziektekostenverzekering kent echter geen dekking voor de in het geding zijnde kosten, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden toegewezen.

Slotsom

- 8.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 maart 2024,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;

b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:

1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;

2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;

3°. verlamde of verslachte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;

c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

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 2.8

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 vergoedingslimiet 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 blijkens 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.

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 inroepen 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 overlegd 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

- ultrageluidonderzoek;
- DNA-onderzoek.
- de erfelijkheidsadvisering en de daarbij nodige psychosociale begeleiding.

Wij vergoeden ook onderzoek aan andere personen dan uzelf als dat nodig is voor het advies aan u. Hieronder valt ook de eventuele advisering aan deze andere personen.

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

18.7 Ergotherapie

Ergotherapie helpt u met praktische oplossingen in uw omgeving als het uitvoeren van dagelijkse activiteiten problemen geeft door een lichamelijke, geestelijke, zintuiglijke of emotionele aandoening. U kunt de ergotherapeut ook om advies vragen over het gebruiken of aanvragen van hulpmiddelen.

Wij vergoeden maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar voor advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut. Dat geldt voor behandeling in de praktijk van de ergotherapeut of bij u thuis. Het gaat om zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden.

Het doel is uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. Voor een behandeling op een andere locatie dan de praktijk van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld aan huis of in een instelling, is een verwijzing van een huisarts of specialist nodig.

Ergotherapie 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.

18.8 Farmaceutische zorg

Farmaceutische zorg betreft een geneesmiddel en de terhandstelling, het advies erover en begeleiding hiervan. Geneesmiddelen zijn er in allerlei vormen zoals tabletten, drankjes, injecties etc. Een geneesmiddel betreft een stof die een bepaalde (gewenst genezende) werking op het lichaam heeft.

Vergoeding

Recht op vergoeding van farmaceutische zorg betreft:

- levering van geneesmiddelen en advies zoals apothekhoudenden (apothekers en apothekhoudende huisartsen) die bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.
- Vergoeding van:
 - de door ons aangewezen geregistreerde geneesmiddelen uit Bijlage 1 t/m 2 van de Regeling zorgverzekering en apotheekbereidingen die (nagenoeg) gelijkwaardig zijn aan de niet aangewezen geregistreerde geneesmiddelen vermeld in Bijlage 3A van de Regeling zorgverzekering. Voor meer informatie over de door ons aangewezen geneesmiddelen en de voorwaarden die hierop van toepassing zijn, verwijzen wij u naar ons Reglement Farmaceutische Zorg en naar onze website, zie hiervoor www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/medicijnen;
 - andere geneesmiddelen, mits het rationele farmacotherapie betreft die:
 - door of in opdracht van een apothekhoudende in diens apotheek op kleine schaal zijn bereid en ter hand worden gesteld (overeenkomstig artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet);
 - door vastgestelde regels in de handel worden gebracht en op verzoek van een arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant. De geneesmiddelen zijn bestemd voor gebruik door individuele patiënten van die arts en zijn onder zijn toezicht bereid volgens zijn specificaties. (overeenkomstig artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet);
 - door vastgestelde regels in de handel zijn in een andere lidstaat of een derde land en op verzoek van een arts in Nederland zijn ingevoerd of anderszins binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht en bestemd zijn voor een patiënt die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners (overeenkomstig artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet);
 - polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten die voldoen aan onderdeel 1 van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Ze moeten tevens voldoen aan de in artikel 2.3 van het Reglement farmaceutische zorg Eigen Keuze genoemde bepalingen.

Bijlage 1 t/m 3A van de Regeling zorgverzekering kunnen gedurende het jaar gewijzigd worden door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Bijlage 1 t/m 3A van de Regeling zorgverzekering kunt u vinden op <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018715>

Het Reglement farmaceutische zorg Eigen Keuze kunt u vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Wij vergoeden de terhandstelling van geneesmiddelen door apotheehoudenden. Naast de terhandstelling bieden we ook een vergoeding voor de geneesmiddelen zoals hierboven omschreven. Voor sommige geneesmiddelen (niet voor de terhandstelling) betaalt u een wettelijke eigen bijdrage tot maximaal € 250,-. De minister van VWS bepaalt voor welke geneesmiddelen dit het geval is. Deze geneesmiddelen staan vermeld in Bijlage 1a van de Regeling zorgverzekering.

Informatie over de eigen bijdrage kunt u vinden in artikel 2.1 van het Reglement farmaceutische zorg Eigen Keuze en op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/eigen-risico.

Wij vergoeden ook advies en begeleiding zoals apotheehoudenden die plegen te bieden.

Onder dit advies en deze begeleiding vallen:

- terhandstelling van een UR (uitsluitend op recept) geneesmiddel;
- begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel.

Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten moeten worden geleverd door een apotheehoudende of een medisch gespecialiseerde hulpmiddelenleverancier.

Voorschrijver

Tenzij wij andere afspraken hebben gemaakt met uw zorgaanbieder, moeten de ter hand gestelde geneesmiddelen op voorschrift zijn van:

- huisarts;
- bedrijfsarts;
- jeugdarts;
- medisch specialist;
- tandarts;
- tandarts-specialist;
- verloskundige;
- specialistisch verpleegkundige;
- Physician Assistant;
- Specialist Ouderengeneeskunde
- Arts Verstandelijke Gehandicapten

Terhandstelling staat onder verantwoordelijkheid van een apotheehoudende.

Wij vergoeden geen:

- farmaceutische zorg waarvan de minister heeft besloten dat het geen verzekerde zorg is of waaraan de minister bepaalde voorwaarden heeft gesteld waaraan niet is voldaan;
- geneesmiddelen voor ziekterisico bij reizen;
- geneesmiddelen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
- geneesmiddelen waarvoor een aanvraag om een handelsvergunning bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) is ingediend, of waarmee nog klinische proeven gaande zijn en dat bij ministeriële regeling te stellen voorwaarden beschikbaar is gesteld voor gebruik in schrijnende gevallen;
- eigen bijdrage(n) voor geneesmiddelen tot € 250,-;
- eigen bijdrage(n) voor geneesmiddelen die onder het eigen risico vallen;
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) zit, met uitzondering van apotheebereidingen van geneesmiddelen die op Bijlage 3A van de Rzv zijn opgenomen;
- homeopathische en antroposofische producten en geneesmiddelen;
- voedingssupplementen en niet als geneesmiddel geregistreerde vitaminen;
- andere kosten (bijvoorbeeld administratie- of verzendkosten).

Reglement farmaceutische zorg

In het Reglement farmaceutische zorg Eigen Keuze hebben wij nadere voorwaarden vermeld over de beoordeling van de aanspraak op vergoeding van farmaceutische zorg. Dit betreft onder andere:

- toestemmingsvereisten;
- afleverhoeveelheden;
- specifieke bepalingen voor geneesmiddelen;
- vergoeding van geneesmiddelen.

Het Reglement farmaceutische zorg Eigen Keuze kunt u vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

18.9 Fysiotherapie en oefentherapie

Fysiotherapie en oefentherapie zijn behandelingen die zijn gericht op verbetering van uw manier van bewegen en uw houding bij lichamelijke klachten.

Algemeen

Het gaat om zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. Voor een behandeling op een andere locatie dan de praktijk van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld aan huis of in een instelling, is een verklaring van een huisarts of medisch specialist nodig.

Fysiotherapie 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.

Bij jonger dan 18 jaar

Wij vergoeden fysiotherapie en oefentherapie:

- als uw aandoening **wel** wordt genoemd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering:
 - U wordt behandeld door een (kinder)fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkenfysiotherapeut of oedeemtherapeut. U heeft een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig. De in bijlage 1 genoemde behandelduur mag niet worden overschreden. Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut;
- als uw aandoening **niet** wordt genoemd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering:
 - maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. U wordt behandeld door een (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar of oedeemtherapeut. Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut;
 - bij ontoereikend resultaat maximaal 9 **extra** behandelingen per indicatie per kalenderjaar. U heeft hiervoor een verklaring van een arts of medisch specialist nodig.

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kunt u vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Bij 18 jaar of ouder

Wij vergoeden fysiotherapie en oefentherapie:

- als uw aandoening wordt genoemd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering:
 - de behandelingen vanaf de 21ste behandeling. U wordt behandeld door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkenfysiotherapeut, oedeemtherapeut of geriatrisch fysiotherapeut. U heeft een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig. De in bijlage 1 genoemde behandelduur mag niet worden overschreden. Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut;
- maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie voor urine-incontinentie. U wordt behandeld door een bekkenfysiotherapeut. U heeft een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig;
- maximaal de eerste 37 behandelingen bij de indicatie etalagebenen (fase 2 claudicatio intermittens) gedurende een periode van maximaal 12 maanden. U heeft een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig;
- maximaal 12 behandelingen oefentherapie bij artrose van de heup of knie gedurende een periode van maximaal 12 maanden;

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 fysicus 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.