

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202400957

Partijen

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

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 7 januari 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 24 januari 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. Bij e-mailbericht van 20 februari 2025 heeft verzoekster haar verzoek nader gemotiveerd.
- 1.3. Bij brief van 17 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 18 maart 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.4. Bij brief van 8 april 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 202500341) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 9 april 2025 aan partijen gezonden.
- 1.5. Bij brief van 11 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar voorgesteld ter zake van de DEXA-scan een bedrag van € 178,46 te vergoeden.
- 1.6. Bij e-mailbericht van 23 april 2025 heeft verzoekster de commissie desgevraagd meegedeeld dat met deze vergoeding het geschil niet is opgelost. Ook heeft zij een aantal vragen gesteld.
- 1.7. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 27 mei 2025 zijn brief van 11 april 2025 inhoudelijk toegelicht en antwoord gegeven op de vragen uit het e-mailbericht van verzoekster.
- 1.8. Bij e-mailbericht van 19 juni 2025 heeft verzoekster verklaard dat het geschil niet is opgelost. Een kopie hiervan is op 24 juni 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

- 1.9. Bij brief van 26 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat de adviserend geneeskundige bij de hoorzitting zal aansluiten. Deze brief is eveneens op 26 juni 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 juli 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.11. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 4 juli 2025 meegedeeld dat de brief van 26 juni 2025 pas op 3 juli 2025 werd ontvangen. Een kopie hiervan is ter kennisname op 8 juli 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.12. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 8 juli 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 8 april 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 17 juli 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvulling Optimaal en Tandarts Uitgebreid (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. In verband met osteopenie en osteoporose heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een Dual Energy Xray Absorptiometrydexa-scan (hierna: DEXA-scan), uit te voeren in Genk, België.
- 2.3. Bij brief van 20 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat geen sprake is van verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering en dat zij hierop niet redelijkerwijs is aangewezen.
- 2.4. Bij brief van 3 april 2024 heeft de behandelend reumatoloog over verzoekster verklaard:

"(...) Graag aanvraag voor vergoeding van een DEXA botdensitometrie die gepland wordt in mei 2024 bij (...). Indicatie voor de DEXA botdensitometrie en de terugbetaling ervan: voorgeschiedenis van belangrijke risicofactoren voor osteoporose namelijk primaire hyperparathyreoïdie en doorgemaakte chemotherapie."
- 2.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 24 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.6. Bij brief van 8 april 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 17 juli 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten voor de in België aangevraagde DEXA-scan te vergoeden. Daarnaast heeft zij de commissie verzocht de ziektekostenverzekeraar te verplichten haar het samengestelde medisch dossier van de adviserend geneeskundige(n) te sturen en haar de naam of namen van de adviserend geneeskundige(n) te verstrekken.
- 3.2. Verzoekster heeft in haar brieven van 4 mei 2024 en 7 januari 2025, deze laatste gericht aan de commissie, verklaard dat zij al jarenlang voor een DEXA-scan naar een medisch specialist in België gaat. De kosten hiervan heeft zij eerder altijd vergoed gekregen. Sinds vorig jaar slijkt zij geen reguliermedicijn meer, waardoor kennelijk de DEXA-scan niet meer wordt vergoed. Zij is het hiermee niet eens en voert daartoe het volgende aan.
- 3.3. Verzoekster heeft allereerst gesteld dat zij een restitutieverzekering heeft en dat zij daarom de vrije keus heeft van zorgaanbieder. Verder vindt zij het buitenproportioneel dat de ziektekostenverzekeraar zich bemoeit met de behandeling. Dit is iets tussen haar en de medisch specialist. De bemoeienis druist volgens haar in tegen het privacybeleid. Ook zijn er vraagtekens te plaatsen bij de reguliere medicatie die doorgaans wordt voorgeschreven bij osteoporose. Verzoekster heeft hierover een deel van een artikel geciteerd. Zij heeft jaren geleden voor een andere oplossing gekozen. De reguliere medicatie kon zij niet meer nemen, omdat deze op termijn schadelijk is voor haar gezondheid. Zij gebruikt sindsdien medicatie die niet wordt vergoed en waarvan zij de kosten zelf betaalt. De medisch specialist heeft in zijn brief van 3 april 2024 aan de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor de DEXA-scan onderbouwd. Nadat deze is uitgevoerd in België krijgt zij direct de uitslag van de medisch specialist. In Nederland gaat de uitslag eerst naar haar huisarts die de uitslag dan moet duiden voordat hij haar deze kan toelichten. Dit kost meer tijd en energie van alle partijen.
- 3.4. Verzoekster heeft in haar e-mailbericht van 20 februari 2025 haar verzoek nader gemotiveerd. In 2006 is bij haar osteopenie vastgesteld, een voorfase van osteoporose. Zij heeft op 18 januari 2024 een eerste verwijzing van haar huisarts gekregen. Op verzoek van de ziektekostenverzekeraar heeft de Belgische reumatoloog, waar zij sinds 2006 onder behandeling is, verklaard waarom een DEXA-scan moet worden verricht. Verzoekster heeft namelijk meerdere fracturen gehad na de diagnose osteopenie.
- 3.5. De reden van afwijzing - dat er momenteel geen (reguliere) medicatie wordt gebruikt en dat daarom een DEXA-scan niet doelmatig is - is onjuist volgens verzoekster en verhoudt zich ook niet met de vigerende behandelrichtlijn. In de verwijzing staat duidelijk vermeld dat het verzoek voor een DEXA-scan is gebaseerd op osteoporose/osteopenie en in de nadere motivering van de reumatoloog is vermeld dat vanwege een voorgeschiedenis van belangrijke risicofactoren voor osteoporose, namelijk hyperparathyreïde en doorgemaakte chemotherapie, een DEXA-scan wenselijk is. Verzoekster heeft uit de behandelrichtlijn osteoporose, zoals gepubliceerd door de Federatie van Medisch Specialisten, een aantal onderdelen geciteerd, waaruit blijkt dat een DEXA-scan in haar geval nodig is.
- 3.6. Verzoekster heeft verder verklaard dat de invloed van de adviserend geneeskundige(n) van de ziektekostenverzekeraar te ver reikt. Er is geen medisch inhoudelijke vraag gesteld, maar er worden wel medische stukken gevraagd. In dit verband verwijst zij naar een uitspraak van de Rechtbank Noord-Nederland (ECLI:NL:RBNNE:2024:1872), waaruit volgens haar blijkt dat de ziektekostenverzekeraar inbreuk maakt op het primaat van haar huisarts en de behandelend reumatoloog.

- 3.7. Verzoekster vindt het onbegrijpelijk dat haar de noodzakelijke zorg wordt onthouden, omdat de ziektekostenverzekeraar deze zorg wel in Nederlandse ziekenhuizen contracteert. Zij voegt drie printscreens bij van de gecontracteerde ziekenhuizen.
- 3.8. Verzoekster heeft voorts gesteld dat zij het recht heeft om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, want zij heeft immers een restitutiepolis. De Patiëntenrichtlijn geeft haar dit recht ook. Als zij nog niet eerder bij haar behandelend reumatoloog in België was geweest, dan had hij ook de verklaring van 3 april 2024 niet kunnen schrijven. Dan had de reumatoloog haar eerst moeten onderzoeken en dat kost geld. Dat had zij dan zelf moeten betalen, want volgens de voorwaarden van de zorgverzekering geldt er een machtigingsvereiste. Volgens verzoekster is dit een tegenstrijdigheid in de voorwaarden van de zorgverzekering. Daarnaast heeft verzoekster gesteld dat zij recht heeft op volledige vergoeding, tot het marktconforme tarief in Nederland. Het gemiddelde tarief in 2024 voor de DBC met zorgproductnummer 131888067 (onderzoeken en/of behandeling bij botontkalking) is volgens de OpenDisData gemiddeld € 550,-. Overeenkomstig de jurisprudentie van de commissie kan de vergoeding, mits marktconform, nog iets hoger zijn.
- 3.9. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 23 april 2025 meegedeeld niet akkoord te zijn met de hoogte van de vergoeding die de ziektekostenverzekeraar aanbiedt naar aanleiding van het voorlopig advies van het Zorginstituut. Het limiteren van de vergoeding tot € 178,46 voor één DEXA-scan is volgens verzoekster onjuist. Zij heeft een verwijzing naar een arts van haar keuze. Als de diagnose en totale behandeling meer omvat dan één DEXA-scan, dan zou zij – op basis van het voorstel van de ziektekostenverzekeraar - niet meer in aanmerking komen voor vergoeding van de meerkosten. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om het medisch dossier dat door zijnadviserend geneeskundige(n) is samengesteld, inclusief hun naam of namen. Dit heeft zij tot dusver niet ontvangen. Op grond van de Algemene Verordening Gegevensbescherming, de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst en het transparantiebeginsel heeft zij hierop recht. Volgens verzoekster zijn er door de ziektekostenverzekeraar veel fouten gemaakt. Zij heeft niet het voornemen dit tuchtrechtelijk aan te brengen, maar zij wil de mogelijkheid daartoe wel bespreekbaar maken. Ook heeft zij opgemerkt dat de procedure bij de ziektekostenverzekeraar meer dan een jaar heeft geduurd.
- 3.10. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 19 juni 2025 gesteld dat de gelimiteerde vergoeding onjuist is. Dat de – eventueel noodzakelijke – voortzetting van de behandeling alleen kan plaatsvinden na wederom goedkeuring door de ziektekostenverzekeraar is ook onjuist. Het niet willen meedelen van de namen van de adviserend geneeskundigen verhoudt zich volgens verzoekster niet met de vigerende regelgeving.
- 3.11. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop verklaard dat de hoogte van de vergoeding allesbehalve is opgelost. Er zijn een aantal principiële punten die zij naar voren wil brengen. Verzoekster heeft verklaard dat artikel 13 van de Zorgverzekeringswet een recht van een verzekerde is. De Europese Patiëntenrichtlijn geeft het recht op dezelfde voorwaarden als in Nederland gebruik te maken van grensoverschrijdende zorg. Volgens verzoekster wil de ziektekostenverzekeraar voorkomen dat verzekerden naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan en wordt er een machtspelletje gespeeld. Ten eerste heeft de ziektekostenverzekeraar voorgesteld een vergoeding van € 178,46 te betalen en eventuele meerkosten uit de aanvullende verzekering te vergoeden. Bij een vervolgbehandeling moet er weer een aanvraag worden ingediend. Ten tweede heeft de ziektekostenverzekeraar geweigerd de naam of namen van de adviserend geneeskundige(n) te verstrekken.

- 3.12. Wat betreft het eerste punt heeft verzoekster verklaard dat zij op het moment van de aanvraag een restitutiepolis had. Op grond daarvan moet de maximale vergoeding zijn gebaseerd op een marktconform tarief. De vergoeding kan dan hoger zijn dan het gemiddeld gecontracteerde tarief, zoals bijvoorbeeld OpenDisData.nl aangeeft. Welke DBC uiteindelijk van toepassing is, is afhankelijk van de diagnose en noodzakelijke behandeling. De vergoeding die de ziektekostenverzekeraar heeft voorgesteld is lager dan de DBC-variatie die OpenDisData 2024 weergeeft. Op grond van de restitutiepolis zou verzoekster mogelijk recht hebben op een nog hogere vergoeding dan het gemiddeld gecontracteerde tarief, namelijk een vergoeding van integrale kosten tot het marktconform tarief. Verzoekster verwijst hiervoor naar recente jurisprudentie. Dat een hogere vergoeding wordt betaald uit haar aanvullende verzekering is onjuist, want op grond van de Europese Patiëntenrichtlijn heeft zij recht op vergoeding vanuit de zorgverzekering. Zij heeft de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de diagnose en de vervolgbehandelingen conform de in Nederland vigerende behandelrichtlijn dient te vergoeden.
- 3.13. In het kader van het tweede punt heeft verzoekster gesteld dat de ziektekostenverzekeraar op basis van de verwijzing alle zorg conform de Patiëntenrichtlijn dient te vergoeden. Op de verwijzing staat duidelijk osteoporose/osteopenie. Hier had de adviserend geneeskundige op kunnen acteren, omdat dan periodiek controle met een DEXA-scan nodig is. Op het klachtenformulier heeft verzoekster meegedeeld dat er twee jaren geleden sprake was van een fractuur. De adviserend geneeskundige heeft nergens naar gevraagd. Verzoekster vraagt zich af op welke wijze de adviserend geneeskundige tot haar conclusie is gekomen. In een latere brief van de ziektekostenverzekeraar bleek het niet gebruiken van medicijnen de reden voor afwijzing. In deze brief werd niet gesproken over een adviserend geneeskundige, zodat verzoekster zich afvraagt wie haar medisch dossier heeft geraadpleegd. Het heeft haar verbaasd dat de adviserend geneeskundige geen contact met haar heeft opgenomen om de aanvraag te bespreken.
- 3.14. Na het voorlopig advies van het Zorginstituut heeft de ziektekostenverzekeraar een voorstel gedaan tot een gedeeltelijke vergoeding. Verzoekster vindt het erg kwalijk dat de ziektekostenverzekeraar deschuld bij haar legt, omdat zij proactief had moeten vermelden dat zij in 2023 een schouderfractuur heeft gehad. De ziektekostenverzekeraar had kunnen weten dat zij een recente schouderfractuur heeft gehad en daarbij had er contact met haar kunnen worden opgenomen. Verzoekster heeft gesteld dat de adviserend geneeskundige een BIG geregistreerde arts is. Deze beoordeelt medische gegevens om te bepalen of er sprake is van verzekerde zorg. Dat valt onder de uitoefening van de geneeskunst. Volgens artikel 3 van de Wet BIG mogen alleen BIG geregistreerde artsen zelfstandig medische handelingen en medische beslissingen nemen. Vervolgens heeft de verzekerde recht op inzage in het medisch dossier. Dit is geregeld in artikel 456 van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (hierna: WGBO). Volgens verzoekster heeft zij, op grond van artikel 7:448 en 7:449 van de WGBO het recht de naam van de adviserend geneeskundige weten. Zij verwijst hierbij ook naar de Algemene Wet Bestuursrecht en artikel 15 van de Algemene Verordening Gegevensbescherming. Verzoekster heeft de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden haar de naam van de adviserend geneeskundige te geven en dat een overleg moet worden georganiseerd tussen de adviserend geneeskundige en verzoekster.
- 3.15. Daarnaar gevraagd door de commissie heeft verzoekster verklaard dat zij zich niet beroept op de Verordening, maar op de polisvoorwaarden en de Patiëntenrichtlijn. Verzoekster licht verder toe dat het niet alleen gaat om de aanvraag van de DEXA-scan, maar ook om diagnostiek en nadere behandelingen. Verder licht zij toe, daarnaar gevraagd door de commissie, dat een gesprek met de adviserend geneeskundige belangrijk is, omdat dan kan worden uitgelegd hoe zij tot deze beslissing is gekomen. Inmiddels heeft zij een DEXA-scan laten maken in Maastricht. Een nota heeft zij daarvoor nooit gekregen, omdat het

waarschijnlijk via een DBC is betaald. Over drie jaren wenst zij wel weer naar haar behandelend arts in België te gaan.

- 3.16. Bij e-mailbericht van 4 juli 2025 heeft verzoekster meegedeeld dat de brief van 26 juni 2025 pas op 3 juli 2025 werd ontvangen. Hierdoor was de aanwezigheid van de adviserend geneeskundige van de ziektekostenverzekeraar onverwacht. Als de brief haar tijdig had bereikt had zij aanvullend gereageerd met concrete vragen. Nu moest er ad hoc worden gereageerd.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brieven van 20 maart 2024 en 24 april 2024 toegelicht dat op twee manieren aanspraak bestaat op geplande zorg in de landen van de Europese Unie of Noorwegen, IJsland, Zwitserland en Liechtenstein. Het moet gaan om zorg die onder de dekking van de zorgverzekering valt en tevens dient aan de andere voorwaarden vanuit de zorgverzekering te zijn voldaan.
- Indien er dekking vanuit de zorgverzekering is, dan zijn er twee mogelijkheden:
1. Vergoeding conform artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004.
 2. Vergoeding conform de voorwaarden van de zorgverzekering, tot het door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde marktconforme tarief of maximale tarief.

Volgens de Europese regels dient de ziektekostenverzekeraar eerst te beoordelen of er aanspraak bestaat op grond van artikel 20 van de verordening. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster op basis van dit artikel geen aanspraak heeft op de zorg, omdat zij daarop niet redelijkerwijs is aangewezen. Een DEXA-scan is alleen geïndiceerd als er gemeten moet worden wat het effect is geweest van de medicatie voor osteoporose. Verzoekster gebruikt op dit moment geen reguliere medicatie voor osteoporose. Ook op grond van de zorgverzekering heeft zij geen aanspraak op de DEXA-scan, omdat het geen verzekerde zorg betreft.

Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat verblijfskosten boven de reguliere verpleegklasse (plus alle bijkomende kosten die verband houden met verblijfskosten boven de reguliere verpleegklasse, de zogeheten supplementen), hotelkosten en vervoerskosten nooit worden vergoed.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 29 juli 2024, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, toegelicht dat een DEXA-scan de botdichtheid meet. De scan wordt vergoed als deze wordt gebruikt bij het diagnosticeren en/of evalueren van de behandeling bij osteoporose. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor naar de door hem meegestuurde richtlijn 'Osteoporose en Fractuurpreventie'. Bij verzoekster is osteoporose gediagnosticeerd. Zij gebruikt geen reguliere medicatie voor de behandeling van osteoporose, maar een vrij verkrijgbaar vitaminepreparaat (Ostamax) op advies van haar behandelend arts. De effectiviteit van Ostamax voor de behandeling van osteoporose is niet bewezen. Dit maakt dat de noodzaak van het uitvoeren van een DEXA-scan onvoldoende is onderbouwd. In de situatie van verzoekster is niet gebleken dat de DEXA-scan nodig is, zoals bedoeld in de wet- en regelgeving bij de behandeling van osteoporose, en daarom is de zorg niet doelmatig. Indien verzoekster een overtuigende verantwoording kan overleggen, waaruit blijkt dat wel sprake is van een effectieve behandeling die voldoet aan de Zorgverzekeringswet, is de ziektekostenverzekeraar bereid de aanvraag nogmaals te beoordelen.
- 4.3. In zijn brief van 17 maart 2025 aan de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling verklaard dat hij uit eerdere correspondentie had begrepen dat bij verzoekster osteoporose was vastgesteld. Echter, verzoekster heeft gesteld dat bij haar

sprake is van osteopenie. Dit kan uitmonden in osteoporose. Volgens verzoekster is het verzoek voor een DEXA-scan gebaseerd op een voorgeschiedenis van belangrijke risicofactoren voor osteoporose. Met een DEXA-scan kan worden onderzocht of sprake is van osteoporose. De ziektekostenverzekeraar heeft een stroomschema overgelegd dat wordt gebruikt in het geval van osteopenie, zodat kan worden beoordeeld of een DEXA-scan is geïndiceerd. Bij therapie naïeve patiënten is een risicoscore van 4 of meer een indicatie voor een DEXA-scan. Therapie naïeve patiënten zijn patiënten die nog geen therapie krijgen. Dit geldt ook voor verzoekster. De risicofactoren scorelijst volgens de richtlijn 'Osteoporose en fractuurpreventie' heeft de ziektekostenverzekeraar ook overgelegd. Hieruit volgt dat verzoekster één punt krijgt voor haar leeftijd en één punt krijgt voor een niet-recente fractuur. De reumatoloog heeft meegedeeld dat chemotherapie en hypoparathyreoïdie als risicofactoren meetellen. Deze worden volgens de ziektekostenverzekeraar echter niet als risicofactor genoemd in de richtlijn. Met twee punten bestaat geen indicatie voor een DEXA-scan.

- 4.4. De adviserend geneeskundige van de ziektekostenverzekeraar handelt, in tegenstelling tot wat verzoekster heeft verklaard, op basis van de inhoud van de stukken. De adviserend geneeskundigen zijn gespecialiseerde geneeskundigen die adviseren bij de beoordeling van de medische stukken. Het advies is verwerkt in de afwijsbrieven en de reacties op de eerdere klachten. Alle communicatie over de beoordeling van de aanvraag is gebaseerd op het medische advies van de adviserende geneeskundigen.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat verzoekster op grond van de zorgverzekering aanspraak heeft op 100% van het Nederlands marktconforme tarief bij een zorgaanbieder naar keuze. Er bestaat alleen aanspraak op vergoeding van zorg als deze is geïndiceerd. Dit geldt voor zowel zorg in Nederland als zorg in het buitenland. Er is in het geval van verzoekster onvoldoende onderbouwd waarom een DEXA-scan voor haar is geïndiceerd. Deze zorg komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking. In tegenstelling tot wat verzoekster heeft gesteld, wordt een vervolgconsult om tot een nadere onderbouwing te komen, vergoed ten laste van de zorgverzekering. Bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten tot 100% van het in Nederland geldende tarief vergoed.
- 4.6. Bij brief van 11 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij, naar aanleiding van het voorlopig advies van het Zorginstituut van 8 april 2025, zal overgaan tot vergoeding conform de voorwaarden van de zorgverzekering tot maximaal éénmaal het Nederlandse tarief. Het bedrag van € 178,46 is gebaseerd op *'Volledig botdensitometrisch onderzoek met DEXA-apparatuur, ongeacht het aantal onderzochte anatomische gebieden en ongeacht het aantal zittingen'*.
- 4.7. In zijn brief van 27 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat verzoekster een aanvraag heeft ingediend voor één DEXA-scan. Deze aanvraag is bij brief van 11 april 2025 goedgekeurd. Indien de kosten van de DEXA-scan bij de Reuma Clinic in België hoger zijn dan in Nederland (€ 178,46), dan worden deze vergoed vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering (artikel 3.6). Voor een eventuele vervolgbehandeling dient een nieuwe aanvraag te worden ingediend. Deze wordt vervolgens beoordeeld aan de hand van de alsdan geldende wet- en regelgeving. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de adviserend geneeskundige alleen beschikt over de medische stukken die door verzoekster zijn aangeleverd. Deze medische stukken kan verzoekster inzien in haar 'Mijn Omgeving'. De adviserend geneeskundigen hebben een adviserende rol met betrekking tot de aanspraak op vergoeding van zorg en declaraties. Een adviserend geneeskundige die een zorgverzekeraar ten behoeve van financiële beslissingen medische inhoudelijk adviseert, verricht geen handeling op het gebied van de geneeskunst/individuele gezondheidszorg zoals bedoeld in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst en de wet BIG. De

ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor naar jurisprudentie.

- 4.8. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop verklaard dat de adviserend geneeskundige is meegekomen naar de hoorzitting om eventuele onduidelijkheden toe te lichten en vragen te beantwoorden. Deze licht in het kader van het tweede punt van verzoekster toe dat de DBC- tarieven zoals de verzoekster in de OpenDisData 2024 heeft gevonden niet van toepassing zijn nu er een verwijzing van de huisarts was voor aanvullend onderzoek door de reumatoloog. Dit betreft eerstelijnszorg en daarvoor wordt geen DBC geopend. Als de reumatoloog een aanvraag zou indienen, dan zou er wel een DBC zijn geopend. De adviserend geneeskundige heeft verklaard dat er bij de ziektekostenverzekeraar een afdeling is waar dit soort aanvragen binnenkomen, daarboven een laag is met verantwoordelijk adviserend verpleegkundigen en daarboven een laag met adviserend geneeskundigen. Deze laatste zijn niet bij elke aanvraag betrokken, maar helpen bij vragen waar de adviserend verpleegkundigen niet uitkomen. Bij een aanvraag moet de noodzaak van de zorg worden onderbouwd. De adviserend geneeskundige verwijst naar het stroomschema. Er zijn volgens haar wel vragen gesteld, want er is aanvullende informatie gestuurd. Zij heeft echter uit het dossier niet begrepen dat verzoekster recent een schouderfractuur heeft gehad. Het is voor de medewerkers niethaalbaar om bij elke aanvraag tot in detail na te gaan wat er in het verleden is gebeurd. Na het voorlopig advies van het Zorginstituut is de adviserend geneeskundige duidelijk geworden dat er wel sprake was van een recente schouderfractuur. Dan is er wel aanspraak op een DEXA-scan. De adviserend geneeskundige heeft verklaard dat zij op dat moment direct alles in orde wilde maken. Zij heeft niet tot in detail gelet op haar woordgebruik, maar heeft geen verwijt richting verzoekster willen maken. De adviserend verpleegkundigen en artsen hebben alleen de taak om de aanvraag aan de verzekeringsvoorwaarden te toetsen. Zij treden niet in een behandelrelatie.
- 4.9. De adviserend geneeskundige heeft verder toegelicht dat alleen contact wordt opgenomen als er onduidelijkheden zijn. Dan is er namelijk pas aanleiding om vragen te stellen. Het is aan de indicierend arts om te onderbouwen dat verzoekster aan de voorwaarden voldoet, door bijvoorbeeld de recente schouderfractuur te benoemen. Zij heeft alleen de verwijzing van de huisarts gezien. Daarin staat: *"(...) waarvoor twee jaren geleden al een controle scan door reumatoloog aanbevolen was (na meerdere fracturen)"* Dit heeft zij – ook op basis van het stroomschema – geïnterpreteerd als niet recente fractuur. Het schrijven van de reumatoloog heeft zij geïnterpreteerd als een onderbouwing van de verwijzing. De adviserend geneeskundige heeft verklaard het vervelend te vinden dat er volgens verzoekster sprake is van een machtspelletje. Er wordt objectief aan de Zorgverzekeringswet getoetst. De adviserend geneeskundigen zijn onafhankelijk. De ziektekostenverzekeraar merkt in het kader van het eerste punt nog op dat in het geval van de vergoeding van een DEXA-scan geen sprake is van een DBC. Het is eerstelijnsdiagnostiek van de huisarts. Het tarief dat door verzoekster is genoemd past hier niet bij.
- 4.10. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie ter zitting gevraagd wat nu het belang van verzoekster nog is, nu kennelijk een DEXA-scan in Maastricht is gemaakt en zij die kosten niet hoeft te betalen. Als verzoekster in de toekomst zonder problemen naar de reumatoloog wil, dan dient zij op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering een machtiging aan te vragen. Er moet getoetst worden aan de voorwaarden die op dat moment gelden. Daarnaar door de commissie gevraagd heeft de adviserend geneeskundige bevestigd dat het aan de indicierend arts is de voorwaarden uit het stroomschema te volgen.
- 4.11. Het was de ziektekostenverzekeraar onduidelijk wat het belang was van het verkrijgen van de naam van de adviserend geneeskundige. Inmiddels weet verzoekster de naam en staat het dossier online. Een principiële uitspraak of de ziektekostenverzekeraar verplicht is de namen van de adviserend geneeskundige te delen, vindt zij niet passen bij een declaratiegeschil. Het gaat om een vergoeding van medische kosten. De ziektekostenverzekeraar beroept zich

in dit kader op artikel 3:303 BW van het Burgerlijk Wetboek.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 8 april 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“(...) Bij osteopenie is sprake van een afname van de hoeveelheid botmassa, maar het bot is nog niet zo broos dat er bij normale belasting al een breuk zal ontstaan. Osteopenie kan echter overgaan in osteoporose.

Met een DEXA-scan wordt de dichtheid van het bot gemeten. De uitslag van een DEXA-scan wordt uitgedrukt in een T-score, een vergelijking met de piekbotmassa. Bij een DEXA-scan wordt een T-waarde van boven -1 als normaal beschouwd. Bij een uitslag die minder of gelijk aan -2.5 is, is er sprake van osteoporose. Een T-waarde tussen -1 en -2.5 betreft osteopenie (verlaagde botdichtheid).

In de richtlijn ‘Osteoporose en fractuurpreventie’ (2022) van de FMS, die is opgesteld op initiatief van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), zijn meerdere stroomdiagrammen opgenomen. In deze stroomdiagrammen zijn de aanbevelingen voor aanvullend onderzoek en behandeling voor verschillende categorieën van personen met een verhoogd fractuurrisico samengevat. Het eerste stroomdiagram gaat over personen van vijftig jaar of ouder met een recent doorgemaakte fractuur (minder dan twee jaar geleden). Het tweede stroomdiagram betreft personen van 60 jaar of ouder met risicofactoren, zonder recent doorgemaakte fractuur en zonder glucocorticoïd gebruik. De overige stroomdiagrammen hebben betrekking op evaluatie van therapie en patiënten die behandeld worden met glucocorticoïden, en zijn bij de beoordeling van dit geschil niet van belang.

Verweerder verwijst bij zijn afwijzing naar het tweede stroomdiagram. Het eerste stroomdiagram is echter van toepassing. Verzoekster is immers ouder dan vijftig jaar, heeft een recent een schouderfractuur doorgemaakt (december 2023), en heeft een levensverwachting van langer dan één jaar. In bijlage 1 is het eerste stroomdiagram ‘eerste evaluatie na fractuur bij therapie naïeve patiënt’ weergegeven. Uit het stroomdiagram volgt dat verzoekster een indicatie had voor het uitvoeren van een DEXA-scan.

De NHG-standaard ‘Fractuurpreventie’ (2024) is gebaseerd op voornoemde richtlijn ‘Osteoporose en fractuurpreventie’ van de FMS. Uit de NHG-standaard blijkt eveneens dat verzoekster een indicatie had voor een DEXA-scan.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verzoekster redelijkerwijs aangewezen was op een DEXA-scan in Genk, België. De DEXA-scan komt derhalve voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster was redelijkerwijs aangewezen op een DEXA-scan en kan aanspraak maken op vergoeding hiervan ten laste van de basisverzekering.”

- 5.2. In het definitief advies van 17 juli 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“(…) 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.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 17 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 17 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’ zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004, de artikelen 25 en 26 van Verordening (EG) nr. 987/2009, en de artikelen 6, 9 en 15 van de Algemene Verordening Gegevensverwerking (AVG) opgenomen, alsmede de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend om in België, een andere EU- lidstaat, zorg te betrekken. Op deze situatie ziet artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen, omdat verzoekster niet redelijkerwijs op een DEXA-scan is aangewezen.
- De commissie merkt op dat met de verordening geen uitbreiding van de verzekeringsaanspraken is beoogd. Daarom zal zij eerst beoordelen of verzoekster op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering in aanmerking komt voor het gevraagde, waarbij wordt aangetekend dat dit volgens de ziektekostenverzekeraar niet het geval is omdat het geen verzekerde zorg betreft.
- 7.3. Een DEXA-scan valt onder medisch specialistische zorg als bedoeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 18.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. Er is aldus sprake van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. De volgende vraag is of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de zorg. In artikel 2.1, derde lid, Bzv is bepaald dat onverminderd artikel 2.4 tot en met 2.15 Zvw een verzekerde slechts aanspraak heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Artikel 2 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd.
- 7.4. Het Zorginstituut heeft in zijn voorlopig advies van 8 april 2025 geconcludeerd dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op een DEXA-scan. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens meegedeeld een bedrag van € 178,46 aan verzoekster te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Eventuele meerkosten – als de kosten in België hoger zijn – worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De commissie overweegt dat verzoekster ter zitting heeft verklaard dat zij inmiddels een DEXA-scan in Maastricht heeft laten uitvoeren. Hiervoor heeft zij geen factuur ontvangen, omdat dit volgens haar waarschijnlijk via een DBC aan het ziekenhuis is vergoed. Ook heeft

verzoekster verklaard dat de aangevraagde behandeling niet meer zal worden uitgevoerd. De commissie zal over de aangevraagde DEXA-scan dan ook geen uitspraak meer doen. De vraag of de vergoeding die door de ziektekostenverzekeraar is aangeboden juist is, behoeft hiermee niet langer te worden beantwoord. Er is niet langer een belang aanwezig in dit geschil waar de commissie zich over uit dient te laten. Wat betreft de gang van zaken in het kader van de beoordeling van de aanvraag heeft de adviserend geneeskundige ter zitting toegelicht hoe zij de verwijzing heeft geïnterpreteerd. Namelijk dat de hierin genoemde fracturen minimaal twee jaren geleden plaatsvonden. Kennelijk is dat niet juist en hiervoor heeft zij excuses aangeboden.

Waar het de voorafgaande toestemming op grond van de zorgverzekering betreft merkt de commissie volledigheidshalve nog op dat een zorgverzekeraar die eis van de wetgever mag stellen, zoals blijkt uit de Memorie van toelichting bij artikel 14 Zvw.

- 7.5. Verzoekster heeft verklaard dat het geschil niet is opgelost, omdat zij eventuele vervolghandelingen ook vergoed wil krijgen. De commissie overweegt dat zij niet bevoegd is hierover te oordelen, omdat niet is gebleken dat deze vervolghandelingen door verzoekster zijn aangevraagd bij de ziektekostenverzekeraar, deze hierop een beslissing heeft genomen, en – in geval van afwijzing – door verzoekster om heroverweging daarvan is verzocht.

Medisch dossier

- 7.6. Verzoekster heeft gesteld dat zij de ziektekostenverzekeraar om inzage van haar samengestelde medisch dossier en de naam of namen van de adviserend geneeskundige(n) heeft gevraagd.
- De commissie overweegt dat op grond van de artikelen 6 en 9 van de AVG (bijzondere) persoonsgegevens worden verwerkt door de ziektekostenverzekeraar. Op basis van artikel 15 AVG heeft verzoekster recht op inzage in de verwerkte (bijzondere) persoonsgegevens. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de adviserend geneeskundige alleen beschikt over de medische stukken die door verzoekster zijn aangeleverd en dat deze zijn terug te vinden in haar persoonlijke digitale 'Mijn Omgeving'. Hiermee is voldaan aan de toepasselijke voorwaarden uit artikel 15 AVG.
- Met betrekking tot het verstrekken van de naam of namen van de adviserend geneeskundige(n) overweegt de commissie dat – nog daargelaten dat er geen sprake is van een behandelrelatie en de WGBO niet van toepassing is – de naam van de adviserend geneeskundige ter zitting bekend is geworden en dat hiermee is voldaan aan de wens van verzoekster.

Aanwezigheid adviserend geneeskundige

- 7.7. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 4 juli gesteld dat zij de brief van 26 juni 2025, dat de adviserend geneeskundige aanwezig zou zijn bij de hoorzitting, pas op 3 juli 2025 heeft ontvangen. Zij was hierdoor niet voorbereid op de aanwezigheid van de adviserend geneeskundige en heeft daarom geen aanvullende concrete vragen kunnen stellen. De commissie overweegt dat verzoekster ervoor heeft gekozen om via schriftelijke post te communiceren in plaats van via de digitale mogelijkheid die haar is geboden. Dat betekent dat alle partijen afhankelijk zijn van een derde partij, namelijk de postbezorging. De brief is dezelfde dag van ontvangst doorgestuurd aan verzoekster. Ook heeft verzoekster voorafgaand en ten tijde van de hoorzitting geen bezwaar gemaakt over de aanwezigheid van de adviserend geneeskundige. Daarnaast overweegt de commissie dat de adviserend geneeskundige bij de hoorzitting geen medische discussie heeft gevoerd, maar een door verzoekster gevraagde toelichting heeft gegeven op de werkwijze in het kader van de beoordeling en antwoord heeft gegeven op de vragen die verzoekster in dit geschil heeft gesteld.

Slotsom

7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 augustus 2025,

A. de Ruijter

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
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”*

Artikel 25

Verblijf in een andere dan de bevoegde lidstaat

1. Voor de toepassing van artikel 19 van de basisverordening verstrekt de verzekerde de zorgverlener in de lidstaat van verblijf een door het bevoegd orgaan uitgereikt document waaruit blijkt dat hij recht heeft op verstrekkingen. Indien de verzekerde niet in het bezit is van een dergelijk document, vraagt het orgaan van de verblijfplaats het document op verzoek, of indien anderszins noodzakelijk, bij het bevoegde orgaan op.
 2. Uit dat document moet blijken dat de verzekerde volgens de voorwaarden van artikel 19 van de basisverordening recht heeft op verstrekkingen onder dezelfde voorwaarden als die welke gelden voor verzekerden ingevolge de wetgeving van de lidstaat van verblijf.
 3. Met de in artikel 19, lid 1, van de basisverordening genoemde verstrekkingen worden verstrekkingen bedoeld die in de lidstaat van verblijf volgens zijn wetgeving worden verleend en die medisch noodzakelijk worden om te voorkomen dat de verzekerde vóór het einde van zijn geplande verblijf naar de bevoegde lidstaat moet terugkeren om er de behandeling te ontvangen die hij nodig heeft.
 4. Indien de verzekerde de kosten van alle of een deel van de op grond van artikel 19 van de basisverordening verleende verstrekkingen zelf heeft betaald en indien de door het orgaan van de verblijfplaats toegepaste wetgeving voorziet in de mogelijkheid van vergoeding van deze kosten aan de verzekerde, kan hij een verzoek om vergoeding aan het orgaan van de verblijfplaats richten. In dat geval vergoedt dat orgaan hem het bedrag van de kosten van de verstrekkingen rechtstreeks, binnen de grenzen en onder de voorwaarden van de volgens de wetgeving van het orgaan geldende vergoedingstarieven.
 5. Indien het verzoek om vergoeding van zulke kosten niet rechtstreeks bij het orgaan van de verblijfplaats is ingediend, worden de kosten door het bevoegde orgaan aan de betrokkene vergoed tegen het vergoedingstarief dat het orgaan van de verblijfplaats in het betrokken geval toepast, dan wel ten bedrage van de vergoeding die door het orgaan van de verblijfplaats zou zijn uitbetaald indien artikel 62 van de toepassingsverordening van toepassing was geweest.
- Het orgaan van de verblijfplaats is verplicht het bevoegde orgaan desgevraagd de nodige inlichtingen over die tarieven of bedragen te verstrekken.
6. In afwijking van lid 5 kan het bevoegde orgaan de gemaakte kosten vergoeden binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving, op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.
 7. Indien de wetgeving van de lidstaat van verblijf in het betrokken geval niet voorziet in vergoeding overeenkomstig de leden 4 en 5, mag het bevoegde orgaan de gemaakte kosten binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving vergoeden zonder instemming van de verzekerde.
 8. De vergoeding voor de verzekerde mag het bedrag van de werkelijk door hem gemaakte kosten nooit overschrijden.
 9. Indien het om aanzienlijke uitgaven gaat, kan het bevoegde orgaan een passend voorschot aan de verzekerde uitbetalen zodra deze de aanvraag tot vergoeding bij dit orgaan indient.
 10. De leden 1 tot en met 9 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van de verzekerde.

Artikel 26

Geplande geneeskundige verzorging

A) Toestemmingsprocedure

1. Voor de toepassing van artikel 20, lid 1, van de basisverordening wordt door de verzekerde een door het bevoegde orgaan verstrekt document aan het orgaan van de verblijfplaats overgelegd. Voor de toepassing van dit artikel wordt onder bevoegd orgaan verstaan het orgaan dat de kosten van de geplande behandeling voor zijn rekening neemt; in de in artikel 20, lid 4, en artikel 27, lid 5, van de basisverordening bedoelde gevallen, waarin de in de lidstaat van de woonplaats toegekende verstrekkingen op basis van vaste bedragen worden vergoed, is het bevoegde orgaan het orgaan van de woonplaats.
2. De verzekerde die niet in de bevoegde lidstaat woont verzoekt om de toestemming aan het orgaan van de woonplaats, dat het verzoek onverwijld aan het bevoegde orgaan doorzendt. In dat geval geeft het orgaan van de woonplaats in een verklaring aan dat in de lidstaat van de woonplaats is voldaan aan de voorwaarden van artikel 20, lid 2, tweede zin, van de basisverordening. De gevraagde toestemming kan door het bevoegde orgaan alleen geweigerd worden indien, in overeenstemming met het oordeel van het orgaan van de woonplaats, in de lidstaat van de woonplaats van de verzekerde niet is voldaan aan de voorwaarden van artikel 20, lid 2, tweede zin, van de basisverordening, of indien dezelfde behandeling binnen een medisch verantwoorde termijn, gelet op de gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop van de betrokkene, in de bevoegde lidstaat zelf kan worden gegeven. Het bevoegde orgaan stelt het orgaan van de woonplaats in kennis van zijn besluit. Is binnen de in de nationale wetgeving vastgestelde termijnen geen antwoord ontvangen, dan wordt de toestemming geacht door het bevoegde orgaan te zijn verleend.
3. Indien een niet in de bevoegde lidstaat woonachtige verzekerde een dringende levensreddende behandeling nodig heeft en de toestemming niet kan worden geweigerd op grond van de tweede zin van artikel 20, lid 2, van de basisverordening, wordt de toestemming door het orgaan van de woonplaats verleend namens het bevoegde orgaan, dat onverwijld door het orgaan van de woonplaats wordt ingelicht. Het bevoegde orgaan aanvaardt de bevindingen en behandelingskeuzen van artsen die zijn erkend door het orgaan van de woonplaats dat toestemming verleent met betrekking tot de noodzaak van een dringende levensreddende behandeling.
4. Tijdens de procedure voor het verlenen van de toestemming behoudt het bevoegde orgaan steeds de mogelijkheid de verzekerde door een door het orgaan gekozen arts in de lidstaat van de woon- of verblijfplaats te laten onderzoeken.
5. Het orgaan van de verblijfplaats stelt, onverminderd enige beslissing inzake de toestemming, het bevoegde orgaan in voorkomend geval ervan in kennis dat een aanvulling op de door de toestemming gedekte behandeling uit medisch oogpunt nodig blijkt.

B) Rechtstreekse betaling van de door de verzekerde gemaakte kosten in verband met verstrekkingen

6. Onverminderd lid 7, is artikel 25, leden 4 en 5, van de toepassingsverordening van overeenkomstige toepassing.
7. Indien de verzekerde de kosten voor een medische behandeling waarvoor toestemming is verleend geheel of gedeeltelijk zelf heeft betaald en de kosten die het bevoegde orgaan op grond van lid 6 verplicht is aan het orgaan van de verblijfplaats of aan de verzekerde zelf te vergoeden (werkelijke kostprijs) lager zijn dan de kosten die het voor dezelfde behandeling in de bevoegde lidstaat zou hebben moeten dragen (fictieve kostprijs), dan vergoedt het bevoegde orgaan op verzoek de door de verzekerde gemaakte kosten van de behandeling tot het bedrag waarmee de fictieve kostprijs de werkelijke kostprijs overstijgt. Het vergoede bedrag mag evenwel niet hoger zijn dan de werkelijke kosten van de verzekerde, waarbij ook rekening kan worden gehouden met het bedrag dat de verzekerde zou hebben moeten betalen indien de behandeling in de bevoegde lidstaat had plaatsgevonden.

C) Reis- en verblijfkosten in het kader van een geplande behandeling

8. Indien toestemming is verleend voor een behandeling in een andere lidstaat, en de nationale wetgeving van het bevoegde orgaan voorziet in de vergoeding van de aan de behandeling verbonden reis- en verblijfkosten van de verzekerde, worden deze kosten voor de betrokkene en zo nodig voor een begeleider door dat orgaan betaald.

D) Gezinsleden

9. De leden 1 tot en met 8 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van de verzekerden.

- 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 rechtmatig en

behoorlijke verwerking, zoals die voor andere specifieke verwerkingssituaties als bedoeld in hoofdstuk IX. Het Unierecht of het lidstatelijke recht moet beantwoorden aan een doelstelling van algemeen belang en moet evenredig zijn met het nagestreefde gerechtvaardigde doel.

4. Wanneer de verwerking voor een ander doel dan dat waarvoor de persoonsgegevens zijn verzameld niet berust op toestemming van de betrokkene of op een Unierechtelijke bepaling of een lidstaatrechtelijke bepaling die in een democratische samenleving een noodzakelijke en evenredige maatregel vormt ter waarborging van de in artikel 23, lid 1, bedoelde doelstellingen houdt de verwerkingsverantwoordelijke bij de beoordeling van de vraag of de verwerking voor een ander doel verenigbaar is met het doel waarvoor de persoonsgegevens aanvankelijk zijn verzameld onder meer rekening met:

- a) ieder verband tussen de doeleinden waarvoor de persoonsgegevens zijn verzameld, en de doeleinden van de voorgenomen verdere verwerking;
- b) het kader waarin de persoonsgegevens zijn verzameld, met name wat de verhouding tussen de betrokkenen en de verwerkingsverantwoordelijke betreft;
- c) de aard van de persoonsgegevens, met name of bijzondere categorieën van persoonsgegevens worden verwerkt, overeenkomstig artikel 9, en of persoonsgegevens over strafrechtelijke veroordelingen en strafbare feiten worden verwerkt, overeenkomstig artikel 10;
- d) de mogelijke gevolgen van de voorgenomen verdere verwerking voor de betrokkenen;
- e) het bestaan van passende waarborgen, waaronder eventueel versleuteling of pseudonimisering.

Artikel 7

Voorwaarden voor toestemming

1. Wanneer de verwerking berust op toestemming, moet de verwerkingsverantwoordelijke kunnen aantonen dat de betrokkene toestemming heeft gegeven voor de verwerking van zijn persoonsgegevens.

2. Indien de betrokkene toestemming geeft in het kader van een schriftelijke verklaring die ook op andere aangelegenheden betrekking heeft, wordt het verzoek om toestemming in een begrijpelijke en gemakkelijk toegankelijke vorm en in duidelijke en eenvoudige taal zodanig gepresenteerd dat een duidelijk onderscheid kan worden gemaakt met de andere aangelegenheden. Wanneer een gedeelte van een dergelijke verklaring een inbreuk vormt op deze verordening, is dit gedeelte niet bindend.

3. De betrokkene heeft het recht zijn toestemming te allen tijde in te trekken. Het intrekken van de toestemming laat de rechtmatigheid van de verwerking op basis van de toestemming vóór de intrekking daarvan, onverlet. Alvorens de betrokkene zijn toestemming geeft, wordt hij daarvan in kennis gesteld. Het intrekken van de toestemming is even eenvoudig als het geven ervan.

4. Bij de beoordeling van de vraag of de toestemming vrijelijk kan worden gegeven, wordt onder meer ten sterkste rekening gehouden met de vraag of voor de uitvoering van een overeenkomst, met inbegrip van een dienstenovereenkomst, toestemming vereist is voor een verwerking van persoonsgegevens die niet noodzakelijk is voor de uitvoering van die overeenkomst.

Artikel 8

Voorwaarden voor de toestemming van kinderen met betrekking tot diensten van de informatiemaatschappij

1. Wanneer artikel 6, lid 1, punt a), van toepassing is in verband met een rechtstreeks aanbod van diensten van de informatiemaatschappij aan een kind, is de verwerking van persoonsgegevens van een kind rechtmatig wanneer het kind ten minste 16 jaar is. Wanneer het kind jonger is dan 16 jaar is zulke verwerking slechts rechtmatig indien en voor zover de toestemming of machtiging tot toestemming in dit verband wordt verleend door de persoon die de ouderlijke verantwoordelijkheid voor het kind draagt.

De lidstaten kunnen dienaangaande bij wet voorzien in een lagere leeftijd, op voorwaarde dat die leeftijd niet onder 13 jaar ligt.

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 nagestreefte 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 meegedeeld, op voorwaarde dat de identiteit van de betrokkene met andere middelen bewezen is.

*Artikel 15***Recht van inzage van de betrokkene**

1. De betrokkene heeft het recht om van de verwerkingsverantwoordelijke uitsluitend te verkrijgen over het al dan niet verwerken van hem betreffende persoonsgegevens en, wanneer dat het geval is, om inzage te verkrijgen van die persoonsgegevens en van de volgende informatie:

- a) de verwerkingsdoeleinden;
- b) de betrokken categorieën van persoonsgegevens;
- c) de ontvangers of categorieën van ontvangers aan wie de persoonsgegevens zijn of zullen worden verstrekt, met name ontvangers in derde landen of internationale organisaties;
- d) indien mogelijk, de periode gedurende welke de persoonsgegevens naar verwachting zullen worden opgeslagen, of indien dat niet mogelijk is, de criteria om die termijn te bepalen;
- e) dat de betrokkene het recht heeft de verwerkingsverantwoordelijke te verzoeken dat persoonsgegevens worden gerectificeerd of gewist, of dat de verwerking van hem betreffende persoonsgegevens wordt beperkt, alsmede het recht tegen die verwerking bezwaar te maken;
- f) dat de betrokkene het recht heeft klacht in te dienen bij een toezichthoudende autoriteit;
- g) wanneer de persoonsgegevens niet bij de betrokkene worden verzameld, alle beschikbare informatie over de bron van die gegevens;
- h) het bestaan van geautomatiseerde besluitvorming, met inbegrip van de in artikel 22, leden 1 en 4, bedoelde profilering, en, ten minste in die gevallen, nuttige informatie over de onderliggende logica, alsmede het belang en de verwachte gevolgen van die verwerking voor de betrokkene.

2. Wanneer persoonsgegevens worden doorgegeven aan een derde land of een internationale organisatie, heeft de betrokkene het recht in kennis te worden gesteld van de passende waarborgen overeenkomstig artikel 46 inzake de doorgifte.

3. De verwerkingsverantwoordelijke verstrekt de betrokkene een kopie van de persoonsgegevens die worden verwerkt. Indien de betrokkene om bijkomende kopieën verzoekt, kan de verwerkingsverantwoordelijke op basis van de administratieve kosten een redelijke vergoeding aanrekenen. Wanneer de betrokkene zijn verzoek elektronisch indient, en niet om een andere regeling verzoekt, wordt de informatie in een gangbare elektronische vorm verstrekt.

4. Het in lid 3 bedoelde recht om een kopie te verkrijgen, doet geen afbreuk aan de rechten en vrijheden van anderen.

*Afdeling 3***Rectificatie en wissing van gegevens***Artikel 16***Recht op rectificatie**

De betrokkene heeft het recht om van de verwerkingsverantwoordelijke onverwijld rectificatie van hem betreffende onjuiste persoonsgegevens te verkrijgen. Met inachtneming van de doeleinden van de verwerking heeft de betrokkene het recht vervollediging van onvolledige persoonsgegevens te verkrijgen, onder meer door een aanvullende verklaring te verstrekken.

*Artikel 17***Recht op gegevenswissing („recht op vergetelheid”)**

1. De betrokkene heeft het recht van de verwerkingsverantwoordelijke zonder onredelijke vertraging wissing van hem betreffende persoonsgegevens te verkrijgen en de verwerkingsverantwoordelijke is verplicht persoonsgegevens zonder onredelijke vertraging te wissen wanneer een van de volgende gevallen van toepassing is:

- a) de persoonsgegevens zijn niet langer nodig voor de doeleinden waarvoor zij zijn verzameld of anderszins verwerkt;

3.6 Buitenland (medische zorg)

Algemeen:

- Niet-spoedeisende zorg dient u van tevoren schriftelijk bij ons aan te vragen. U dient hiervoor ons Aanvraagformulier Buitenland te gebruiken. Dit aanvraagformulier kunt u vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/zorg-in-het-buitenland. U heeft vooraf onze schriftelijke toestemming nodig.

Er zijn enkele uitzonderingen waarvoor u geen aanvraag in hoeft te dienen. Deze uitzonderingen zijn:

- Brillen of contactlenzen (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.5);
- Ergotherapie (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.11);
- Fysiotherapie, Manuele therapie en Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.15);
- Orthodontie (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.27).
- Neem in geval van spoedeisende zorg voor advies en bemiddeling contact op met onze alarmcentrale SOS International. Het telefoonnummer is +31 (0)30 257 35 75 (24 uur per dag bereikbaar).
- Wij vergoeden geen:
 - Eigen risico.

Voor meer informatie over zorg in het buitenland en onze 'Brochure zorg in het buitenland' zie www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/zorg-in-het-buitenland.

Voorwaarden:

- Wij vergoeden alleen medische zorg als de behandeling ook in Nederland volgens deze verzekering vergoed wordt.
- Uitkering vindt in Nederland plaats in een Nederlands wettig betaalmiddel tegen de omrekenkoers op de dag dat de zorgverzekeraar de declaratie in behandeling neemt. Wij maken gebruik van de koers volgens www.oanda.com.
- U dient de ontslagbrief en de nota aan te leveren in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als de ontslagbrief en nota niet in een van deze talen wordt aangeleverd bent u zelf verantwoordelijk voor een vertaling door een beëdigd vertaalbureau. Indien en zolang de brief en de nota niet is gesteld in een van deze talen of niet is voorzien een vertaling door een beëdigd vertaler, wordt de nota niet in behandeling genomen. Na drie jaar vervalt het recht op vergoeding.

Niet spoedeisende zorg in EU, EER en verdragsland (woonachtig in het land waar de zorg is genoten)

Wat krijgt u vergoed?

Optimaal

100% voor de verzekerde onderdelen op uw aanvullende verzekering

Voorwaarden:

- U woont in een EU, EER of verdragsland.
- U wordt behandeld in het land waar u woont, door een zorgaanbieder die in hetzelfde land is gevestigd.
- De deskundigheid van de zorgaanbieders is vergelijkbaar met de zorgaanbieders in Nederland. De in de specifieke artikelen genoemde voorwaarden en maximale vergoedingen blijven van kracht.

Spoedeisende zorg in EU, EER en verdragsland

Wat krijgt u vergoed?

Optimaal

100%

Voorwaarden:

- U heeft een ongeval gehad of u bent acuut ziek geworden tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland (de zorg is dus niet het doel van uw reis).
- Als u spoedeisende zorg nodig hebt moet u direct contact opnemen of laten opnemen met SOS International. Het telefoonnummer is +31 (0)30 257 35 75. De arts van SOS International handelt namens onze medisch adviseur.
- Vergoeding van kosten die niet volledig op de basisverzekering gedekt zijn. De vergoeding vanuit de basisverzekering brengen wij in mindering op deze vergoeding.

Spoedeisende zorg in de rest van de wereld

Wat krijgt u vergoed?

Optimaal

100%

Voorwaarden:

- U heeft een ongeval gehad of u bent acuut ziek geworden tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland (de zorg is dus niet het doel van uw reis).
- Als u spoedeisende zorg nodig hebt moet u direct contact opnemen of laten opnemen met SOS International. Het telefoonnummer is +31 (0)30 257 35 75. De arts van SOS International handelt namens onze medisch adviseur.
- Vergoeding van kosten die niet volledig op de basisverzekering gedekt zijn. De vergoeding vanuit de basisverzekering brengen wij in mindering op deze vergoeding.

Zorg in België en Duitsland (woonachtig in Nederland)

Wat krijgt u vergoed?

Optimaal

100%

Voorwaarden:

- Alleen als u minder dan 50 kilometer van de praktijk van de zorgaanbieder in België of Duitsland woont. De afstand berekenen wij volgens de routeplanner van Google Maps door middel van de snelst gebruikelijke route.
- De in de specifieke artikelen genoemde voorwaarden en maximale vergoedingen blijven van kracht.
- Niet-spoedeisende zorg dient u van tevoren schriftelijk bij ons aan te vragen. U dient hiervoor ons Aanvraagformulier Buitenland te gebruiken. Dit aanvraagformulier kunt u vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/zorg-in-het-buitenland. U heeft vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Er zijn enkele uitzonderingen waarvoor u geen aanvraag in hoeft te dienen. Deze uitzonderingen zijn:
 - Brillen of contactlenzen (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.5);
 - Ergotherapie (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.11);
 - Fysiotherapie, Manuele therapie en Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.15);
 - Orthodontie (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.27).

SOS Hulpverlening

Wat krijgt u vergoed?
Optimaal
100%

Toelichting:

- SOS International biedt 24/7 hulp aan reizigers bij ziekte of een ongeval. Het telefoonnummer is +31 (0)30 257 35 75. U kunt online medische reishulp vragen via www.sosinternational.nl/nl-NL/smartmelden. Er wordt dan binnen 15 minuten contact met u opgenomen.

Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland

Wat krijgt u vergoed?
Optimaal
Maximaal € 250 per kalenderjaar

Voorwaarden:

- Bij tijdelijk verblijf in het buitenland.
- Alleen vergoeding voor behandelingen uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg die niet uitgesteld kunnen worden tot na terugkomst in Nederland.

Terugreis per ziekenauto, vliegtuig of ambulancevliegtuig

Wat krijgt u vergoed?
Optimaal
100% vervoer naar een instelling in het woonland

Voorwaarden:

- Als u spoedeisende zorg nodig hebt moet u direct contact opnemen of laten opnemen met SOS International. Het telefoonnummer is +31 (0)30 257 35 75. De arts van SOS International handelt namens onze medisch adviseur.
- SOS International beoordeelt of er sprake is van een medisch noodzakelijke repatriëring waarbij de behandeling in een Nederlandse instelling voortgezet moet worden.
- U heeft een verklaring van de behandelend arts waaruit blijkt dat vervoer en medische begeleiding nodig is.
- Vervoer per ambulancevliegtuig vergoeden wij alleen als het nodig is voor het redden van uw leven of verminderen of voorkomen van invaliditeit.

Toelichting:

- Vervoer is inclusief noodzakelijke medische begeleiding en één gezinslid.

Vervoer van de overledene, begrafenis of crematie ter plaatse

Wat krijgt u vergoed?

Optimaal

Maximaal € 10.000

Voorwaarden:

- Nabestaanden moeten direct contact opnemen met SOS International: +31 (0)30 257 35 75.
- Het lichaam van de overledene wordt vervoerd naar zijn of haar woonplaats.
- Wij vergoeden geen:
 - Hulpverlening en kosten als een medische behandeling het doel van de reis was.

Toelichting:

- De kosten van de kist die noodzakelijk is voor het vervoer zijn inbegrepen.
- Er kan ook gekozen worden voor vergoeding van de begrafenis of crematie ter plaatse.

3.7 Camouflage

Wat krijgt u vergoed?

Optimaal

Maximaal € 500 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij a.s.r. verzekerd bent

Voorwaarden:

- Vergoeding voor camouflagelessen/camouflagetherapie (leren om kleur- en/of vormafwijkingen in het gelaat en hals onopvallend te maken) en de benodigde middelen tijdens de lessen.
- Bij een huidafwijking in het gezicht en/of hals.
- De behandelaar dient op de nota de locatie van de huidafwijking te vermelden. Indien nodig kunnen wij aanvullende gegevens bij u opvragen.
- De lessen worden gegeven door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist welke ANBOS geregistreerd is.
- Wij vergoeden geen:
 - Camouflerende lasertherapie.
 - Camouflagelessen/camouflagetherapie als u die in het verleden al vergoed hebt gekregen op een andere aanvullende verzekering bij a.s.r.

3.8 Diëtetiek

Wat krijgt u vergoed?

Optimaal

Maximaal 4 uur per kalenderjaar

Voorwaarden:

- Als u naar een niet gecontracteerde zorgverlener gaat dan vergoeden wij maximaal 100% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.
- Wanneer u naar een niet gecontracteerde diëtist gaat heeft u een verklaring van een huisarts, tandarts, consultatiebureauarts, bedrijfsarts, jeugdarts of medisch specialist nodig waaruit blijkt voor welke indicatie u bij de diëtist onder behandeling bent.
- De eerste 3 behandelingen worden vergoed op uw basisverzekering. Hierbij is een verklaring van uw arts nodig en valt (vanaf 18 jaar en ouder) onder uw eigen risico.

- Vergoeding vanaf het 4e behandeluur voor voorlichting en advies over uw eetgewoonten door een diëtist.
- De behandeling moet een geneeskundig doel hebben.

3.9 Eczeembehandeling

Wat krijgt u vergoed?

Optimaal

Maximaal € 1000 per kalenderjaar voor een lichtcabine thuis.

Voorwaarden:

- U heeft een verwijzing van uw behandelend medisch specialist.
- Er is sprake van door de medisch specialist vastgesteld ernstig eczeem.
- De lichtcabine moet u vooraf bij ons aanvragen.

3.10 Epilatie of laserbehandeling voor ontharing

Wat krijgt u vergoed?

Optimaal

Maximaal € 500 per kalenderjaar

Voorwaarden reguliere epilatie:

- Bij overmatige haargroei op ongebruikelijke plaatsen in het gezicht en/of hals.
- De behandelaar dient op de nota te vermelden om welke indicatie het gaat, met lokalisatie en mate van uitbreidheid. Indien nodig kunnen wij aanvullende gegevens bij u opvragen.
- De behandelingen worden uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Voorwaarden laserbehandeling:

- Bij overmatige haargroei op ongebruikelijke plaatsen in het gezicht en/of hals.
- De behandelaar dient op de nota te vermelden om welke indicatie het gaat, met lokalisatie en mate van uitbreidheid. Indien nodig kunnen wij aanvullende gegevens bij u opvragen.
- De behandelingen worden uitgevoerd door een arts, huidtherapeut of schoonheidsspecialist (deze moet in opdracht/onder toezicht van een huidtherapeut werken).

3.11 Ergotherapie

Wat krijgt u vergoed?

Optimaal

100%

Voorwaarden:

- Als u naar een niet gecontracteerde zorgverlener gaat dan vergoeden wij maximaal 100% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.
- Vergoeding vanaf het 11e behandeluur voor advies, instructie, training of behandeling door een erkend ergotherapeut in zijn praktijk of bij u thuis.
- Het doel is uw zelfzorg en zelfredzaamheid te vergroten.
- De eerste 10 behandeluren worden vergoed op uw basisverzekering.
- De behandelingen mogen ook in een ander EU, EER en/of verdragsland plaatsvinden. Dit hoeft niet bij ons aangevraagd te worden. De voorwaarden van dit specifieke artikel blijven van kracht.

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.

18.17 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.

18.18 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 of KNO-arts. Mondzorg die door de kaakchirurg wordt verleend vergoeden wij volgens artikel 18.19 en 18.20. Hierbij is een verwijzing van de tandarts, orthodontist of tandprotheticus voldoende. Tandartsen van het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde mogen ook verwijzen naar de neuroloog, anesthesioloog (pijnpoli) of KNO-arts. Een verwijzing naar de oogarts mag ook gedaan worden door een optometrist en orthoptist. Een triage-audicien mag verwijzen naar een klinisch fysicus audioloog en KNO-arts, de klinisch fysicus audioloog mag eveneens verwijzen naar de KNO-arts alsook naar de specialisten kinderarts, neuroloog, revalidatiearts en psychiater. In het geval van infectieziekten 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 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 18.19 en 18.20 (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 in de 3e en 4e week na de behandeling, indien de reistijd naar het ziekenhuis langer dan 60 minuten bedraagt. De vergoeding van logeerkosten bedraagt maximaal € 89,- per nacht. In de 1e en 2e week van de behandeling verblijft u in het expertziekenhuis.

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-vitrofertilisatie) of ICSI (Intra Cytoplasmatische Sperma Injectie)

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).

Als vrouw heeft u recht op vergoeding van deze zorg tot uw 43^e jaar, indien daarvoor een indicatie bestaat.

U heeft dan recht op 3 IVF- of ICSI-pogingen 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. Een IVF-poging die is gestart voor uw 43^{ste} 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;
- 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 fertiliteit bevorderende behandelingen

U heeft recht op geneeskundige zorg als bedoeld in dit artikel (Medisch specialistische zorg) bij overige fertiliteit bevorderende (vruchtbaarheid bevorderende) 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 of het ongedaan maken van een sterilisatie. Ook hier geldt voor de vrouw dat zij jonger moet zijn dan 43 jaar. Wij vergoeden geen behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie.

Behandeling van plastisch chirurgische aard

Wij vergoeden behandelingen van plastisch chirurgische aard bij correctie van:

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

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

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

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

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

Transgenderzorg

Diagnostiek en behandeling moeten worden uitgevoerd conform de internationale richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van transgenders van de WPATH (voorheen HBGDA) en door een multidisciplinair samengesteld genderteam in een centrum of erkend netwerk dat gespecialiseerd is op het gebied van geprotocolleerde behandeling van transgenders. Epilatie moet worden uitgevoerd door een gecertificeerde huidtherapeut voor transgenderzorg die is vermeld op de lijst van de NVH (Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten). Voor de eerste 10 epilatiebehandelingen in het gelaat hebt u geen toestemming nodig. Deze worden in ieder geval vergoed indien sprake is van verminking. Als u daarna nog meer epilatiebehandelingen nodig hebt, dan moet u daarvoor eerst toestemming vragen. Wij toetsen dan of u nog steeds aan de voorwaarden voor vergoeding voldoet.

Second Opinion

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

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

Voorwaardelijke toelating en veelbelovende zorg

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

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